Quatorzième rapport annuel 1982-1983

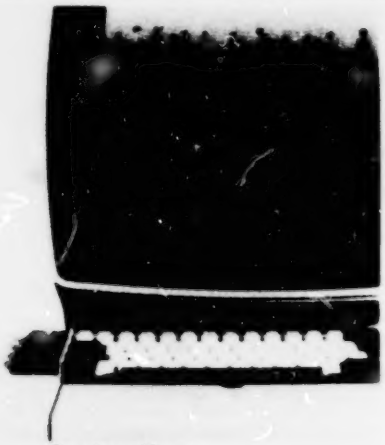
Régie de
l'assurance-maladie
du Québec

Quatorzième rapport annuel

1982-1983

Régie de l'assurance-maladie du Québec

Publié par le service des Communications
de la Régie de l'assurance-maladie
du Québec



**Quatorzième
rapport annuel 1982-1983**

« La technologie au service des bénéficiaires »

Coordination de la rédaction
Marie Pfalzgraf

Graphisme
Yolande Chatillon
André Roy

Photographie de la couverture
Éditeur officiel du Québec

Composition typographique
Compélec

Impression
Régie de l'assurance-maladie

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
Deuxième trimestre
Québec, juin 1983

Régie de
l'assurance-maladie
du Québec
Bureau du Président

Monsieur Pierre-Marc Johnson
Ministre des Affaires sociales
Gouvernement du Québec

Monsieur le Ministre,

Je vous soumets le quatorzième rapport annuel de la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 1983.

Ce rapport a été préparé conformément aux dispositions de l'article 25 de la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Veuillez croire, Monsieur le Ministre, en l'assurance de mon dévouement.

Le président,

J.-Auguste Mockle

Sillery, le 16 juin 1983

Gouvernement du Québec
Ministère des Affaires sociales
Cabinet du Ministre

Monsieur Richard Guay
Président de l'Assemblée nationale
Québec

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport des activités de la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 1983.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments distingués.

Le ministre des Affaires sociales,

Pierre-Marc Johnson

Québec, le 17 juin 1983

Table des matières

Message du président 5

Chapitre 1
La Régie de l'assurance-maladie 7
1.1 Le statut juridique de la Régie 7
1.2 Le conseil d'administration de la Régie 8
1.3 Le rôle et les fonctions de la Régie 8
1.4 Le financement des programmes administrés par la Régie 9

Chapitre 2
L'organisation 11

Chapitre 3
Les états financiers de l'exercice terminé le 31 mars 1983 15

Chapitre 4
Les programmes, les ententes et les accords 21
4.1 Les programmes: bénéficiaires, couverture, coûts 21
Les services médicaux 24
Les services optométriques 24
Les services dentaires 25
Les médicaments et les services pharmaceutiques 26
Les prothèses 26
Les bourses d'études 27
Les bourses de recherche 27
Les primes et les mesures incitatives 27
Les services hospitaliers reçus hors du Québec 28
Les services hospitaliers rendus au Québec à des résidents des autres provinces 28
4.2 Les ententes et les accords 35
4.2.1 Les ententes 35
Les médecins omnipraticiens 36
Les médecins spécialistes 36
Les dentistes 37
Les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale 38
Les optométristes 38
Les pharmaciens 38
4.2.2 Les accords 38
La facturation réciproque 38
Les ressortissants étrangers 33
Les médecins résidents et les internes 38

Chapitre 5
L'administration 39
5.1 La gestion des ressources 39
5.1.1 Les ressources humaines 39
5.1.2 Les ressources matérielles 41
5.1.3 L'évolution des systèmes informatisés et les applications 42
5.1.4 Les ressources financières 42
5.2 La gestion des programmes 44
5.2.1 Les dispensateurs de services de santé 44
5.2.2 Les bénéficiaires 46
5.2.3 Les demandes de paiement et de remboursement traitées 47
5.3 Le contrôle des programmes 49
5.3.1 L'admissibilité des bénéficiaires 49
5.3.2 La conformité, l'authenticité et la fréquence des services 50

Message du président

M. J.-Auguste Mockle a été nommé président-directeur général de la Régie le 8 décembre 1982. Il exerçait cette fonction par intérim depuis le 2 avril 1982.

La Régie, dans son quatorzième rapport annuel, a voulu faire ressortir les nombreuses activités qui ont marqué l'exercice 1982-1983 tant sur le plan des programmes que sur les plans financier et administratif.

Les faits qui méritent d'être soulignés sont les suivants :

Sur le plan des programmes

En 1982-1983, les nombreux changements apportés aux programmes administrés par la Régie, de même qu'aux ententes négociées entre le ministre des Affaires sociales et les différentes fédérations ou associations représentatives des professionnels de la santé, ont eu une incidence considérable sur la gestion des ressources matérielles et financières. Les changements les plus significatifs sont :

- l'instauration de la rémunération différenciée pour les médecins ;
- l'application des nouvelles ententes qui ont été conclues entre le ministre des Affaires sociales et les organismes représentatifs des professionnels de la santé ;
- le retrait, de la liste de médicaments du 1er juillet 1982, d'une nouvelle tranche de médicaments pouvant être obtenus sans ordonnance, et l'instauration d'une mesure compensatoire dite du patient d'exception ;
- la fixation d'un plafond de remboursement pour les services hospitaliers reçus hors du Canada, le 1er juillet 1982 ;
- la révision de la couverture et du champ d'application des programmes de services dentaires, le 1er août 1982 ;
- l'établissement, en novembre 1982, d'une troisième liste de prothèses auditives à la suite d'un appel d'offres ;
- l'application, depuis le 1er octobre 1982, de l'entente interprovinciale sur les services hospitaliers en vertu de laquelle chaque province assume le coût des services fournis à des résidents des autres provinces et recouvre ensuite de la province d'origine de ces résidents les sommes engagées (facturation réciproque) ;
- la révision de la liste des appareils orthopédiques et de la liste des fauteuils roulants motorisés.

On trouvera une mine de renseignements sur les programmes dans les **Statistiques annuelles 1982** qui seront publiées à l'automne 1983.

Sur le plan financier

Le coût des programmes s'est accru de 26 185 000 $ par rapport à 1981-1982. Une provision avait été créée à la fin de l'exercice pour le versement de montants forfaitaires aux médecins et aux dentistes. Ces montants forfaitaires n'ayant pas été aussi élevés que prévu, l'augmentation du coût des programmes s'est établie à 2%.

Cependant, le montant des frais d'administration s'est accru de 4 222 000 $, soit une augmentation de 8,6%. Il est intéressant de noter que ces frais, par rapport au coût des programmes, se sont maintenus à 3,9%.

Enfin, le recours aux appels d'offres pour le choix des aides auditives a permis d'en maintenir le prix à un niveau à peu près stable depuis deux ans. Ce procédé a également été adopté cette année pour les fauteuils roulants motorisés.

Sur le plan administratif

L'élaboration du plan stratégique triennal, qui s'échelonne de 1983 à 1986, a été l'événement majeur du dernier exercice financier sur le plan administratif. Il repose sur la mission fondamentale de la Régie qui est d'administrer le régime d'assurance-maladie du Québec et tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie.

Ce plan comporte des objectifs et des sous-objectifs qui se situent à l'intérieur de deux zones de performance : la gestion des programmes et la gestion des ressources pour lesquelles une nouvelle structure administrative a été mise en place. Ces objectifs visent une efficacité et une efficience accrues dans une approche d'utilisation optimale des fonds publics.

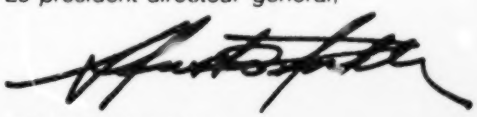
Outre le plan triennal, il y a d'autres faits importants qui méritent d'être soulignés :

- l'accent mis sur la gestion des ressources humaines, notamment en matière de développement et de formation, par la mise en place d'un programme de relève des cadres, par la poursuite des objectifs d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité de l'emploi ;
- le changement de l'ordinateur principal par un nouvel ordinateur permettant de doubler la capacité de traitement en vue de répondre aux besoins grandissants des nouvelles exigences administratives ;
- la poursuite de l'extension du réseau de bureautique de manière à améliorer la communication et la productivité ;
- l'implantation d'un nouveau système informatisé de traitement des demandes de paiement des professionnels rémunérés à salaire et l'optimalisation du système informatisé de traitement des demandes de paiement des professionnels rémunérés à l'acte mis en place au cours du dernier exercice financier ;
- la poursuite des efforts portant sur la facturation par bandes magnétiques qui s'est traduite par une augmentation de l'utilisation de ce procédé de 7% pour les pharmacies et de 32% pour les médecins ; ce procédé est aussi utilisé par 34 dentistes et il est offert aux optométristes ;
- la poursuite de travaux d'expérimentation d'un nouveau système de facturation par télécommunication qui permettra la réception à la Régie des demandes de paiement des professionnels de la santé et le retour de leurs états de compte à la suite d'un paiement ;
- l'acquisition de pièces de mobilier ajustables et spécialement conçues pour des employés travaillant avec des écrans cathodiques, dans l'optique d'une meilleure qualité de vie au travail ;
- la création de la fonction d'administrateur des données selon l'approche que les données informatiques doivent être gérées comme une ressource ;
- l'importance accordée à l'utilisation optimale des ressources consacrées à la gestion des programmes, en particulier pour le traitement des demandes de paiement et de remboursement, ainsi que pour les services à la clientèle, tant les dispensateurs de services que les bénéficiaires, la productivité ayant augmenté de 2,7% par rapport à 1981-1982 et de 49% depuis 1978-1979 ;
- la consolidation des fonctions consacrées au contrôle des programmes dans l'optique d'une saine gestion des fonds publics.

Qu'il me soit permis, en terminant, de remercier les membres de la Régie pour leur collaboration, ainsi que tous les employés pour leur compétence, leur dynamisme et leur loyauté. Grâce à eux, la Régie est et demeure un organisme voué aux intérêts des Québécois et profondément soucieux d'un service courtois, efficace et de qualité envers sa clientèle.

Qu'il me soit permis également de souhaiter la bienvenue à un nouveau membre de la Régie, le docteur Clément Richer, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, sa nomination ayant pris effet le 20 avril 1983.

Le président-directeur général,



J.-Auguste Mockle

Chapitre 1

La Régie de l'assurance-maladie

1.1 Le statut juridique de la Régie

La Régie a été instituée en 1969 en vue d'administrer le régime d'assurance-maladie. La Régie est une corporation au sens du Code civil; elle en possède tous les pouvoirs généraux et, en plus, les pouvoirs particuliers que sa loi constitutive lui confère.

Le ministre des Affaires sociales est responsable de l'application de la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec (L.R.Q., c. R-5), à l'exception de certaines sections du chapitre IV sur le financement de la Régie: la section I (contribution), dont l'application est confiée au ministre du Revenu, et les sections II (Fonds des services de santé) et III (Fonds de roulement), au ministre des Finances.

Le ministre des Affaires sociales répond également devant l'Assemblée nationale de l'application de la Loi sur l'assurance-maladie (L.R.Q., c. A-29), entrée en vigueur le 1er novembre 1970. À cette fin, il est autorisé par le gouvernement à conclure des ententes avec les organismes représentatifs des professionnels de la santé. La Régie est liée par ces ententes et doit veiller à ce qu'elles soient respectées.

La Régie peut également administrer tout autre régime ou programme que la loi ou le gouvernement lui confie et en assumer le coût.

1.2 Le Conseil d'administration de la Régie

Le Conseil de la Régie se compose de quatorze membres, tous nommés par le gouvernement.

Membres[1]	Milieu représenté
J.-Auguste Mockle	Président-directeur général
Jean-Claude Deschênes	Gouvernement Vice-président
Claude Chicoine Yves Comtois Paul Desjardins Jean-Marie Rodrigue	Professions de la santé*
Jean-Jacques Minguy[2]	Milieu hospitalier
Nicole Primeau	Consommateurs
Léon Mondoux[2] David M. Stewart	Milieu des affaires
Lucie Dagenais Réal Labelle	Milieu du travail
Jean Meloche	Gouvernement
Secrétaire	
Paul-É. Lafrance	

1 En fonction le 31 mars 1983

2 Membre du comité de vérification

* Un poste vacant, auquel le D Clément Richer a été nommé le 20 avril 1983

1.3 Le rôle et les fonctions de la Régie

La Régie a été créée pour administrer le régime d'assurance-maladie et tout autre régime ou programme que la loi ou le gouvernement lui confie.

Au regard de ce mandat, les grandes fonctions de la Régie peuvent se regrouper comme suit :

- Élaborer et tenir à jour un fichier des professionnels de la santé et des autres dispensateurs de services couverts par le régime d'assurance-maladie ou par tout autre programme que la Régie administre ;
- Inscrire les bénéficiaires du régime et leur délivrer une carte d'assurance-maladie ;
- Rémunérer conformément aux ententes les professionnels de la santé qui fournissent les services assurés, ou rembourser aux bénéficiaires le coût de ces services, le cas échéant ;
- Payer, pour le compte des bénéficiaires, les autres dispensateurs qui fournissent des biens et des services couverts par la Loi sur l'assurance-maladie ou par des accords approuvés par le gouvernement ;
- Exercer les contrôles indispensables au respect de la Loi sur l'assurance-maladie ;
- Organiser les activités de gestion et les opérations nécessaires à la bonne administration du régime d'assurance-maladie et des autres régimes ou programmes qui lui sont confiés ;
- Informer le public sur le régime d'assurance-maladie ;
- Fournir les renseignements et publier les données statistiques sur l'ensemble des programmes qu'elle a charge d'administrer ;
- Collaborer avec le ministère des Affaires sociales et tout autre ministère ou organisme à la révision et à la modification, au besoin, des programmes, des ententes et des accords ;
- Élaborer, de concert avec le ministère des Affaires sociales, la réglementation nécessaire à l'application des programmes du régime d'assurance-maladie qu'elle a la charge d'administrer.

Plan triennal

Compte tenu de la diversité et de la complexité croissante de ses opérations, la Régie a adopté, en septembre 1982, un plan stratégique triennal s'échelonnant d'avril 1983 à mars 1986, qui détermine les nouveaux objectifs et sous-objectifs vers lesquels seront dirigés ses efforts de rationalisation jusqu'à 1986 en vue de réaliser son mandat. Il touche à la fois l'administration des programmes et la gestion interne et tend, comme dans le passé, à une utilisation maximale des ressources humaines, matérielles et financières.

Les grands objectifs du plan triennal sont les suivants :

- Payer les dispensateurs de services assurés et rembourser les bénéficiaires en conformité avec la loi, les ententes et les accords ;

- Exercer les contrôles appropriés sur les paiements;
- Fournir aux divers publics de la Régie des services efficaces et soutenus d'assistance et d'information;
- Maintenir des fichiers garants de l'accessibilité, de la sécurité, de l'intégrité, de la fiabilité et de la confidentialité des données;
- Contribuer à l'élaboration, à l'évaluation et à la révision des programmes administrés par la Régie;
- Rationaliser l'utilisation des ressources en période de contraintes budgétaires;
- Orienter le développement des ressources humaines de façon à satisfaire les besoins de l'organisation tout en considérant les attentes des employés;
- Orienter le développement des systèmes et exploiter l'évolution technologique au profit de l'organisation.

Le plan, toutefois, n'est pas immuable; aussi il sera révisé chaque année en fonction du bilan des réalisations et des facteurs impondérables, et ajusté dans l'optique d'une efficacité et d'une efficience accrues.

1.4 Le financement des programmes administrés par la Régie

Le financement des programmes et des frais d'administration est assuré par diverses sources. Le Fonds des services de santé ainsi que le gouvernement du Québec garantissent la plus grande partie des sommes requises.

Le Fonds des services de santé

Le Fonds des services de santé a été créé en juin 1981 afin de pourvoir à une partie des besoins financiers de la Régie et du ministère des Affaires sociales pour l'administration de leurs programmes. Il est alimenté par une contribution égale à 3% de la masse salariale, que les employeurs remettent au ministre du Revenu et que le ministre des Finances répartit ensuite également entre la Régie et le ministère des Affaires sociales. Le ministre des Finances ajoute périodiquement les sommes nécessaires à l'équilibre des revenus et des dépenses de la Régie, qu'il prélève sur le Fonds consolidé du Revenu.

Le gouvernement du Québec

Le gouvernement du Québec, par l'entremise de divers ministères, finance les programmes suivants:

- l'assistance-maladie, qui couvre les biens et services fournis aux bénéficiaires de l'aide sociale (ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu);
- la rémunération des médecins résidents et des internes du Québec (ministère de l'Éducation) et des médecins résidents étrangers (ministère des Affaires intergouvernementales);
- les services hospitaliers reçus hors du Québec (ministère des Affaires sociales).

Les recouvrements

La Régie recouvre auprès des tiers responsables les sommes versées pour le compte des bénéficiaires de l'assurance-maladie et de l'assurance-hospitalisation à la suite d'accidents. Elle remet au ministère des Affaires sociales la partie de ces sommes qui se rapporte à l'assurance-hospitalisation.

Autres sources de financement

La Régie perçoit des primes des ressortissants étrangers qui désirent être protégés par les régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation. Elle remet au ministère des Affaires sociales la partie des primes qui se rapporte à l'assurance-hospitalisation.

De plus, la Régie recouvre des autres provinces les sommes versées à des hôpitaux du Québec pour des services hospitaliers fournis aux résidents de ces provinces, en vertu d'un accord interprovincial conclu à cet effet.

À ces sommes s'ajoutent les revenus provenant de placements et de ventes de services.

Chapitre 2

L'organisation

Pendant l'exercice 1982-1983, la structure supérieure de la Régie comportait sept directions, outre la Direction générale : le Contrôle et Contentieux, l'Informatique, les Opérations, les Services aux bénéficiaires, les Affaires professionnelles, l'Administration et Finances, et le Personnel (voir organigramme A).

À l'automne 1982, comme suite à l'adoption du plan triennal, une importante restructuration a été élaborée et amorcée. Elle s'est finalement concrétisée par l'approbation d'un nouvel organigramme par le Conseil du trésor, le 22 mars dernier, et elle est entrée en vigueur le 1er avril 1983.

La restructuration s'est faite suivant deux axes : gestion des programmes et gestion des ressources. Les objectifs qui sous-tendent la nouvelle structure administrative sont notamment les suivants :

- aligner la structure sur les fonctions de la Régie de façon à atteindre une efficacité maximale dans la réalisation du plan triennal ;
- regrouper les activités de façon à ce que leur gestion repose sur des principes d'organisation, particulièrement en ce qui a trait à l'autorité, à la délégation, à la responsabilité, à l'imputabilité, à la coordination et à la communication ;
- s'assurer que les préoccupations majeures des unités administratives correspondent aux responsabilités que doit assumer la Régie envers sa clientèle ;
- faciliter l'intégration harmonieuse et cohérente de tout nouveau programme confié à la Régie, ou la révision des programmes existants ;
- obtenir une meilleure évaluation du coût de réalisation des principales fonctions de la Régie.

La gestion des programmes est assurée par trois directions :

le **Développement administratif des programmes**, dont les responsabilités étaient assumées par des unités administratives réparties entre le service des Statistiques, la direction des Affaires professionnelles et la direction des Opérations, elle est responsable de la planification et du développement des programmes en concertation avec les ministères ou les organismes concernés, de l'élaboration des normes d'application et d'admissibilité, ainsi que des données statistiques et de leur exploitation et de leur diffusion ;

l'**Administration des programmes**, qui fusionne les anciennes directions des Opérations et des Services aux bénéficiaires ainsi que l'**expertise professionnelle** ; elle est responsable du **traitement des demandes de paiement**, des **services à la clientèle**, c'est-à-dire aux dispensateurs de services et aux bénéficiaires, ainsi que de l'expertise professionnelle ;

le **Contrôle des programmes**, qui regroupe des activités réparties auparavant entre les directions des Affaires professionnelles, du Contrôle et Contentieux et des Opérations ; elle assume les fonctions suivantes : le développement et l'évaluation des contrôles, les profils de pratique et de consommation, les enquêtes, la vérification de l'admissibilité des bénéficiaires ainsi que la vérification des services dont le paiement est demandé à la Régie.

La gestion des ressources est toujours confiée aux trois mêmes directions dont deux ont changé de dénomination : **les Ressources humaines**, auparavant direction du Personnel, **les Ressources financières et matérielles**, autrefois direction de l'Administration et Finances, et enfin l'**Informatique**. Une direction des **Affaires juridiques** a de plus été créée, regroupant le service juridique et le service du secrétariat. Enfin, le service des Communications a été rattaché à la Direction générale (voir organigramme B).

Dans la nouvelle structure, trois directions sont demeurées inchangées et ont conservé le même titulaire : l'Informatique avec M. Denis Forcier, les Ressources financières et matérielles avec M. Henri Roberge, et les Ressources humaines avec M. Marc St-Pierre. Parmi les autres directions, le Contrôle des programmes et l'Expertise professionnelle ont été confiées respectivement à M. Paul-Emile Lafrance et au Dr Fernand-J. Hould. D'autre part, M. Dominique Carmichael assure l'intérim de la direction du Développement administratif des programmes, M. Robert Cliche celui de la direction des Services à la clientèle et M. Claude Vaillancourt celui de la direction du Traitement des demandes de paiement. Le poste de directeur général adjoint à l'Administration des programmes est présentement sans titulaire.

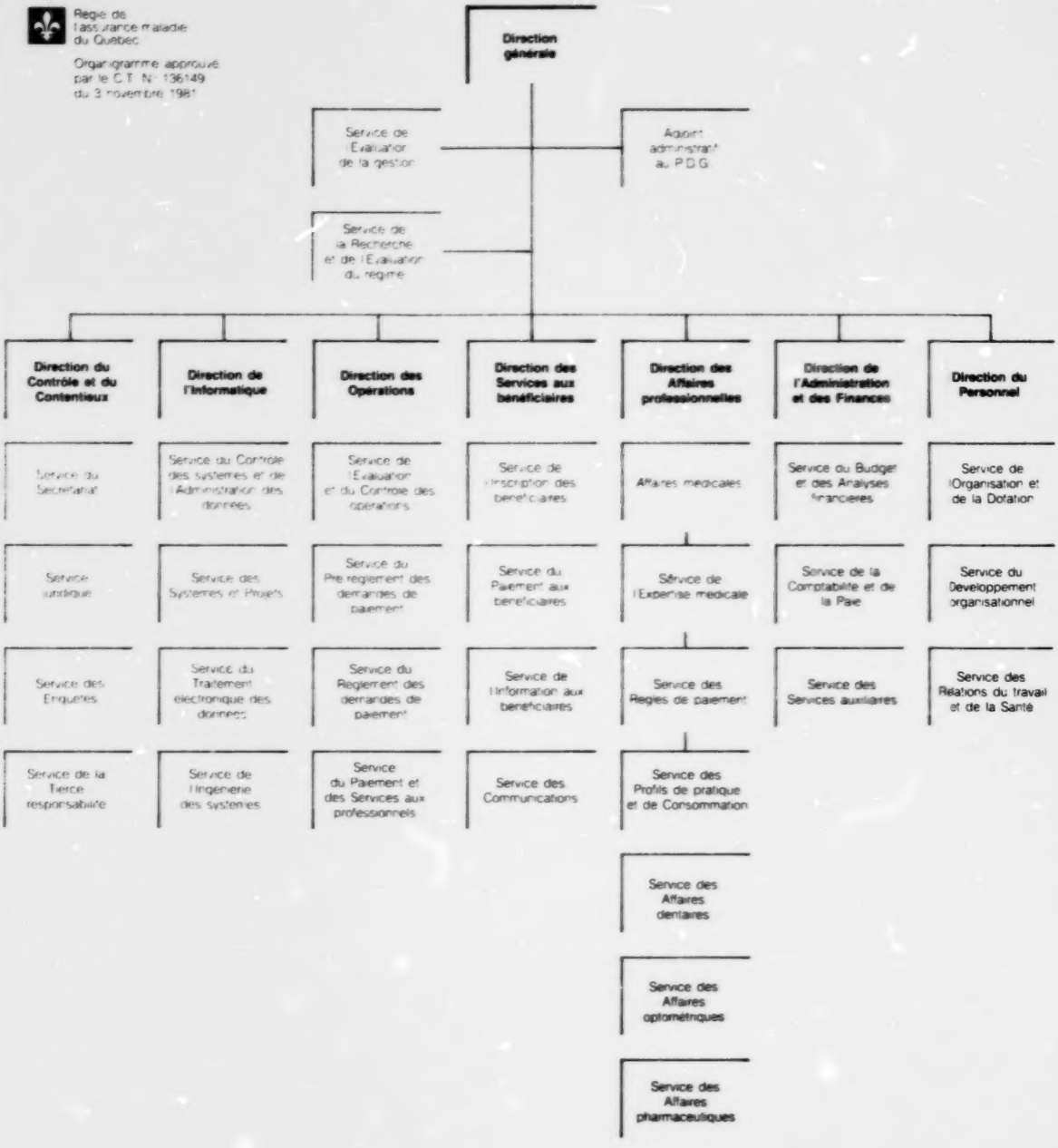
M. Pierre Boucher est devenu l'adjoint exécutif du président-directeur général, en remplacement de M. Maurice Crépin qui a pris sa retraite au cours de l'année. Enfin, M. Denis Morency est devenu directeur des Affaires juridiques et il assume également les fonctions de secrétaire de la Régie depuis le 1er avril 1983.

Organigramme A

Structure administrative supérieure

Regie de l'assurance maladie du Québec

Organigramme approuve par le C.T. N° 136149 du 3 novembre 1981

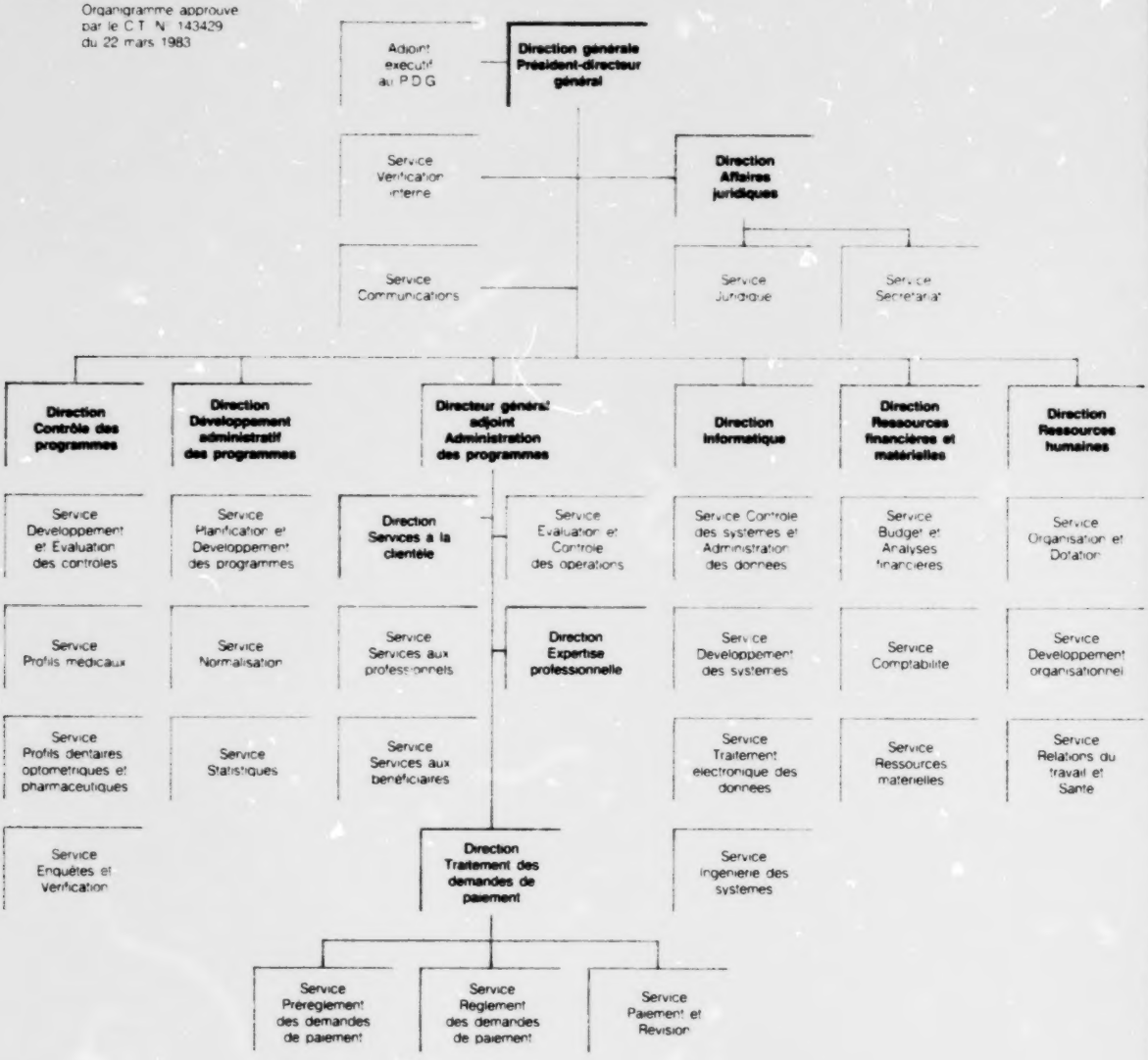


Organigramme B

Structure administrative superieure

Regie de l'assurance maladie du Quebec

Organigramme approuve par le C.T. N° 143429 du 22 mars 1983



Chapitre 3

Les états financiers de l'exercice terminé le 31 mars 1983

Rapport du Vérificateur

J'ai vérifié l'état de l'actif et du passif de la Régie de l'assurance-maladie du Québec au 31 mars 1983 ainsi que l'état du coût et du financement des programmes administrés par la Régie de l'exercice terminé à cette date. Ma vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues et a comporté par conséquent les sondages et autres procédés que j'ai jugés nécessaires dans les circonstances.

À mon avis, ces états financiers présentent fidèlement l'actif et le passif de la Régie au 31 mars 1983 ainsi que le coût et le financement de ses opérations de l'exercice terminé à cette date, selon les conventions comptables énoncées à la note 2, appliquées de la même manière qu'au cour de l'exercice précédent.

Le Vérificateur général du Québec,

Rhéal Chatelain, C.A.

Québec, le 10 juin 1983

Régie de l'assurance-maladie du Québec
(L.R.Q., c. R-5)

Actif et passif au 31 mars 1983

	(MILLIERS $)	
	1983	**1982**
Actif		
Encaisse et placements à court terme	7 483	2 849
Contributions à recevoir du Fonds des services de santé	121 405	196 784
Frais à récupérer :		
Programme d'assistance-maladie	21 791	10 598
Autres programmes	16 057	1 309
Diverses créances	2 408	2 539
Immeuble du siège social (note 3)	17 823	18 068
	186 967	**232 147**
Passif		
Chèques en circulation	22 376	21 934
Services assurés à payer	139 808	186 562
Divers créditeurs et frais courus	6 960	5 583
Emprunt hypothécaire (note 3)	17 823	18 068
	186 967	**232 147**

Pour la Régie

Régie de l'assurance-maladie du Québec

Coût et financement des programmes administrés par la Régie de l'exercice terminé le 31 mars 1983

	(MILLIERS $)				
	Régime d'assurance-maladie	Assistance-maladie	Autres programmes	Total 1983	Total 1982 (note 6)
Coût des programmes					
Services médicaux	919 216		51 226	970 442	947 451
Services optométriques	22 744	2 519		25 263	25 148
Services dentaires	60 674	33 637		94 311	118 955
Médicaments et services pharmaceutiques	105 204	45 149		150 353	152 593
Prothèses	9 666	2 912		12 578	12 038
Bourses et primes	3 417			3 417	2 408
Services hospitaliers (note 4)			97 931	97 931	69 517
	1 120 921	84 217	149 157	1 354 295	1 328 110
Recouvrements des tiers responsables et des ressortissants étrangers pour soins hospitaliers			2 764	2 764	3 050
	1 120 921	**84 217**	**146 393**	**1 351 531**	**1 325 060**
Frais d'administration (note 5)	47 453	4 365	1 605	53 423	49 201
	1 168 374	**88 582**	**147 998**	**1 404 954**	**1 374 261**
Sources de financement					
Fonds des services de santé	1 162 621			1 162 621	1 173 435
Gouvernement du Québec		88 582	135 320	223 902	191 545
Ententes réciproques avec les autres provinces (note 4)			12 678	12 678	2 119
Intérêts sur dépôts et placements	1 725			1 725	4 027
Recouvrements des tiers	466			466	490
Autres	3 562			3 562	2 645
	1 168 374	**88 582**	**147 998**	**1 404 954**	**1 374 261**

Notes complémentaires

1. Constitution, fonctions et financement

La Régie, corporation constituée par la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec, a pour fonctions d'administrer le régime d'assurance-maladie et tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie.

La Régie administre, entre autres, le programme d'assistance-maladie du ministère du Travail, de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu, le programme de rémunération des médecins résidents et des internes du ministère de l'Éducation ainsi que les parties suivantes de programmes du ministère des Affaires sociales : le paiement des services hospitaliers rendus hors du Québec et la perception des sommes à recouvrer pour soins hospitaliers à l'égard des tiers responsables, des résidents des autres provinces et des ressortissants étrangers.

Le financement du régime de l'assurance-maladie s'effectue à même le Fonds des services de santé qui est constitué de la contribution des employeurs et des sommes qu'y verse le ministre des Finances à même le Fonds consolidé du revenu et selon les besoins de la Régie.

2. Conventions comptables

Les états financiers de la Régie ont été préparés par la direction dans les limites raisonnables de l'importance relative et dans le cadre des conventions comptables qui se résument comme suit :

Sources de financement

Les revenus sont enregistrés selon la méthode de la comptabilité d'exercice à l'exception des sommes recouvrées des tiers et des contributions des ressortissants étrangers qui le sont lors de leur encaissement.

Coût des programmes

Le montant des services assurés en vertu de la loi sur l'assurance-maladie imputé au coût des programmes d'assurance-maladie et d'assistance-maladie comprend la valeur des demandes de paiement reçues jusqu'au 30 avril à l'égard des services rendus et des médicaments fournis avant le 1er avril. Les dépenses relatives aux autres programmes sont comptabilisées lors de leur déboursé.

Frais d'administration

Les frais d'administration sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice.

Immobilisations

L'immeuble du siège social est comptabilisé au prix coûtant et l'amortissement correspond à la partie de l'emprunt hypothécaire remboursée au cours de l'exercice. Les acquisitions d'ameublement et d'équipement ainsi que les dépenses pour l'amélioration des aires locatives sont imputées aux frais d'administration.

3. Immeuble du siège social et emprunt hypothécaire

	1983 (Milliers $)	1982 (Milliers $)
Coût de l'immeuble	$8 537	$8 537
Amortissement accumulé	714	469
	$7 823	$8 068

Pour financer l'acquisition de l'immeuble du siège social, la Régie a contracté un emprunt hypothécaire de $8 536 894 $, composé d'une part d'un montant de $5 169 684 $ au taux de 10 ¾ % et d'autre part d'un montant de 3 367 210 $ au taux de 11 4% remboursable par versements mensuels de 175 149 $ comprenant capital et intérêts sur une période de 23 ans et 7 mois et sujet à une première clause de rappel en juillet 1983. Le remboursement de cet emprunt est garanti par le gouvernement du Québec.

4. Services hospitaliers

	1983 (Milliers $)	1982 (Milliers $)
Services hospitaliers rendus hors du Québec à ses résidents	85 253	67 398
Services hospitaliers rendus au Québec aux résidents des autres provinces	12 678	2 119
	97 931	69 517

5. Frais d'administration

	1983 (Milliers $)	1982 (Milliers $)
Traitements et avantages sociaux	36 188	34 430
Locaux, équipement et ameublement	7 820	6 445
Fournitures et approvisionnements	2 559	2 306
Services de transport et de communication	2 927	2 455
Intérêts sur emprunt hypothécaire	1 855	1 879
Services professionnels et autres	1 828	1 464
Amortissement de l'immeuble du siège social	246	222
	53 423	49 201

6. Chiffres comparatifs

Certains chiffres de 1982 de l'état du coût et financement des programmes administrés par la Régie ont été reclassés pour les rendre conformes à la présentation de 1983

Chapitre 4

Les programmes, les ententes et les accords

La première partie du présent chapitre décrit les programmes qui sont administrés par la Régie.

La deuxième partie traite des ententes et des accords ainsi que des modifications qui y ont été apportées et des événements qui ont marqué l'exercice financier sur ce plan.

4.1 Les programmes : couverture, bénéficiaires et coûts

La Régie administre d'une part les programmes de services assurés qui sont déterminés par la Loi sur l'assurance-maladie. D'autre part, elle administre pour certains ministères ou organismes des programmes qui lui sont confiés en vertu de la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie.

Toutes les personnes qui sont considérées comme des résidents du Québec sont admissibles au régime d'assurance-maladie. Certains programmes, cependant, ne s'adressent qu'à des groupes particuliers et notamment aux enfants, aux personnes âgées, aux bénéficiaires de l'aide sociale et à certaines personnes atteintes d'un handicap particulier.

Programmes administrés par la Régie en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie

Programme	Entrée en vigueur	Sources de financement
Programme de services médicaux — déterminés par la loi — pour tous les bénéficiaires	1er novembre 1970	Fonds des services de santé
Programme de services optométriques — déterminés par règlement — pour tous les bénéficiaires	1er novembre 1970	Fonds des services de santé Recouvrements du ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu (MMOSR) pour le compte des bénéficiaires de l'aide sociale (BAS)
Programme de services de chirurgie buccale — déterminés par règlement — pour tous les bénéficiaires	1er novembre 1970	Fonds des services de santé
Programme de services dentaires — déterminés par règlement — pour les enfants — pour les bénéficiaires de l'aide sociale	1er mai 1974 9 avril 1979	Fonds des services de santé Recouvrements du MMOSR pour le compte des BAS
Programme de médicaments et de services pharmaceutiques — déterminés par règlement — inscrits sur la *liste de médicaments* — pour les bénéficiaires de l'aide sociale — pour les personnes âgées de 60 à 64 ans qui bénéficient d'une allocation de conjoint sans laquelle elles auraient droit à l'aide sociale — pour les bénéficiaires de 65 ans ou plus	1er août 1972 1er octobre 1975 1er octobre 1977	Recouvrements du MMOSR pour le compte des BAS Fonds des services de santé Fonds des services de santé
Programme de prothèses et d'appareils orthopédiques — déterminés par règlement — pour les bénéficiaires handicapés de façon permanente	1er juillet 1975	Fonds des services de santé Recouvrements du MMOSR pour le compte des BAS
Programme d'aides — déterminées par règlement — pour les handicapés visuels • âgés de moins de 36 ans ou • âgés de 36 ans ou plus, ayant déjà une aide prêtée	 1er décembre 1978 23 septembre 1981	 Fonds des services de santé
Programme d'aides — déterminées par règlement — pour les handicapés auditifs • nés après le 22 août 1961 ou • étudiants de moins de 36 ans ou • âgés de moins de 36 ans et souffrant d'une déficience auditive d'au moins 35 décibels ou • âgés de 36 ans ou plus et possédant déjà une aide payée par la Régie	 22 août 1979 22 août 1979 22 août 1979 2 juillet 1981	Fonds des services de santé Recouvrements du MMOSR pour le compte des BAS
Programme de bourses de recherche — déterminées par règlement — pour des personnes qui désirent faire de la recherche au Québec dans une science de la santé	10 septembre 1975	Fonds des services de santé
Programme de bourses d'études — déterminées par règlement — pour des étudiants en médecine et en médecine dentaire — en échange de services futurs dans des territoires où il y a pénurie de médecins et de dentistes	11 juin 1975	Fonds des services de santé

Programmes administrés par la Régie en vertu de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie

Programmes	Entrée en vigueur	Sources de financement	Décrets et accords
Programme de services diagnostiques et thérapeutiques rendus en milieu hospitalier et couverts par l'assurance-hospitalisation	1er mai 1977	Fonds des services de santé	Accord ministère des Affaires sociales (MAS)-Régie de l'assurance-maladie (RAMQ) AC-1399-77 AC-876-79
Programme de prothèses mammaires pour les bénéficiaires ayant subi une mastectomie totale ou radicale	1er janvier 1978	Fonds des services de santé	Accord MAS-RAMQ AC-4413-77 AC-3326-79
Programme de services hospitaliers rendus hors du Québec	29 janvier 1976	Ministère des Affaires sociales	Accord MAS RAMQ AC-4835-75
Programme de services assurés pour les ressortissants étrangers ayant conclu un accord avec la Régie et versé une prime	1er novembre 1976	Prime payée par les ressortissants étrangers	Accord MAS-RAMQ AC-3770-76 Décret 3221-80 Décret 1786-82 Décret 2547-82 Décret 608-83
Programme de tierce responsabilité visé par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et la Loi sur l'assurance-hospitalisation	29 octobre 1975	Recouvrements des tiers responsables	Accord MAS-RAMQ AC-4836-75 Décret 3220-80 Décret 2547-82 Décret 609-83
Programme de prothèses oculaires pour les bénéficiaires ayant subi une énucléation, une éviscération ou un recouvrement conjonctival permanent	1er avril 1981	Fonds des services de santé	Accord MAS-RAMQ Décret 778-81
Programme de gratuité des appareils fournis aux stomisés permanents	1er avril 1981		Accord MAS-RAMQ Décret 780-81
— Remboursement d'un montant compensatoire annuel de 300 $ à tous les bénéficiaires		Ministère des Affaires sociales	
— Remboursement de l'excédent de ce montant compensatoire aux bénéficiaires de l'aide sociale		Ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu	
Programme de services hospitaliers fournis dans une province à des résidents d'une autre province	1er octobre 1981	Recouvrements de la province d'origine des résidents	Accord MAS-RAMQ Décret 2240-82
Programme de prothèses dentaires pour les bénéficiaires de l'aide sociale	9 avril 1979	Ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu	Accord MMOSR-RAMQ AC-3112-79

(suite au verso)

1. Intégré au régime d'assurance-maladie le 1er juillet 1982.

Programmes administrés par la Régie en vertu de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie (suite)

Programmes	Entrée en vigueur	Sources de financement	Décrets et accords
Programme d'aides pour les handicapés auditifs âgés de plus de 36 ans qui bénéficient de l'aide sociale	2 juillet 1980	Ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu	Accord MMOSR-RAMQ Décret 1751-80
Programme de traitement et de règlement des demandes de paiement relatives à l'assistance médicale fournie en vertu de la Loi sur les accidents du travail et d'autres lois administré pour la CSST	janvier 1979	Commission de la santé et de la sécurité du travail	Accord CSST-RAMQ AC-237-79 Décret 3246-81
Programme de rémunération des médecins résidents et des internes	3 septembre 1978	Ministère de l'Éducation Ministère des Affaires intergouvernementales (médecins résidents étrangers)	Accord MEQ-RAMQ Décret 2000-78 Décret 1263-82
Programme « Patients d'exception » visant à fournir à certains bénéficiaires atteints de maladies graves ou chroniques des médicaments non inscrits sur la liste	1er janvier 1983	Ministère des Affaires sociales	Accord MAS-RAMQ Décret 691-83

Les services médicaux

Le programme de services médicaux, entré en vigueur le 1er novembre 1970, s'adresse à tous les résidents du Québec. Il couvre les services de prévention, de diagnostic, de traitement et de réadaptation rendus par les médecins à leur cabinet, à domicile ou dans les établissements.

Au cours de l'exercice 1982-1983, les services médicaux ont coûté 847 626 000 $. Cette somme comprend la rémunération des médecins sous forme de salaires, de paiements à l'acte et de vacations, ainsi que les remboursements faits aux bénéficiaires.

De plus, la Régie a versé 51 226 000 $ aux établissements hospitaliers pour la rémunération des médecins résidents et des internes, et 71 278 000 $ pour les services diagnostiques et thérapeutiques couverts par l'assurance-hospitalisation qui, depuis le 1er juillet 1982, sont couverts par l'assurance-maladie.

Enfin, la Régie a remboursé au ministère de la Justice la somme de 312 000 $.

Les services optométriques

Le programme de services optométriques est entré en vigueur le 1er novembre 1970. Il s'adresse à tous les résidents du Québec et il couvre les examens, les analyses et les études de la vision, ainsi que les recommandations faites aux bénéficiaires et la prescription de traitements, s'il y a lieu. En 1982-1983, ce programme a coûté 25 263 000 $.

Les services dentaires

Les programmes de services dentaires sont au nombre de trois : un programme de chirurgie buccale destiné à l'ensemble des résidents du Québec, un programme de services dentaires destiné aux enfants dont l'âge est déterminé par règlement et un programme de soins et de prothèses dentaires pour les bénéficiaires de l'aide sociale. Le 1er août 1982, ces programmes ont subi d'importantes modifications. Le tableau ci-dessous décrit les services dentaires qui sont assurés depuis cette date.

Le programme de chirurgie buccale a été instauré le 1er novembre 1970 et tous les résidents du Québec peuvent en bénéficier. Il couvre les examens, les consultations, les radiographies (depuis 1974), l'ouverture d'urgence de la chambre pulpaire et la chirurgie buccale proprement dite lorsque ces services sont rendus par des dentistes (spécialistes ou non) dans les centres hospitaliers. Au cours de l'exercice 1982-1983, la Régie a dépensé 1 751 000 $ pour ce programme.

Le programme de services dentaires pour les enfants est entré en vigueur le 1er mai 1974. À ce moment-là, seuls les enfants de moins de huit ans y étaient admissibles. Par la suite et jusqu'à août 1982, tous les enfants de moins de seize ans ont graduellement eu droit à la plupart des services préventifs, diagnostiques et curatifs fournis par les dentistes (spécialistes ou non) à leur cabinet et dans les centres hospitaliers. Au 31 mars 1983, le nombre d'enfants de moins de 16 ans admissibles au programme était de 1 431 028.

La principale modification apportée au programme le 1er août 1982 touche les services de prévention ; ceux-ci ne sont plus couverts pour les enfants de moins de douze ans et leur sont maintenant donnés dans les écoles, les garderies, etc. Pour les

Programmes de services dentaires

Programmes	Bénéficiaires	Services assurés
Chirurgie buccale[1]	Tous	Examens, consultations, radiographies, ouverture d'urgence de la chambre pulpaire, services de chirurgie sauf l'ablation de dents et de racines.
Services dentaires pour les enfants	0-11 ans	Examens, consultations, radiographies, obturations, couronnes, traitement de la pulpe, traitement de canal sur dent permanente, services de chirurgie, y compris l'ablation de dents et de racines.
	12 ans	Les mêmes que ci-dessus plus enseignement des mesures d'hygiène buccale, nettoyage des dents, application topique de fluorure.
	13-15 ans	Examens, consultations, radiographies, enseignement des mesures d'hygiène buccale, nettoyage des dents, application topique de fluorure, services de chirurgie sauf l'ablation de dents et de racines.
Soins et prothèses dentaires pour les bénéficiaires de l'aide sociale	Tous	Mêmes services que pour les enfants de 12 ans ou moins, à l'exception du traitement de canal sur dent permanente et de l'application topique de fluorure, et en ajoutant le détartrage et la prothèse. Une prothèse complète ou partielle par maxillaire tous les cinq ans, sauf en cas de perte ou de bris (fournie par un dentiste ou un denturologiste) Réparation et regarnissage de prothèses à certaines conditions.

1. en établissement seulement

enfants de 13 à 16 ans, le traitement de la pulpe, les obturations, les couronnes et les extractions ont également été exclus. Les services dentaires pour les enfants ont coûté 66 899 000 $ au cours de l'exercice écoulé.

Le programme de soins et de prothèses dentaires pour les bénéficiaires de l'aide sociale est administré par la Régie depuis avril 1979 mais le programme existe depuis 1976. La couverture des soins dentaires est la même, pour les bénéficiaires de tous âges, que celle du programme de services dentaires pour les enfants de 12 ans ou moins, exception faite du traitement de canal et de l'application topique de fluorure. Ces services ont coûté 17 747 000 $ au cours de l'exercice écoulé.

En ce qui concerne les prothèses dentaires, le programme couvre uniquement les prothèses acryliques et seuls y ont droit les personnes qui bénéficient de l'aide sociale depuis six mois consécutifs. Depuis août 1982, les bénéficiaires n'ont plus droit qu'à une prothèse complète ou partielle par maxillaire, tous les cinq ans, sauf en cas de perte ou de bris. Les prothèses peuvent être fournies par un dentiste (spécialiste ou non), ou par un denturologiste. En 1982-1983, la Régie a dépensé 7 914 000 $ pour cette partie du programme.

Les médicaments et les services pharmaceutiques

Le programme de médicaments et de services pharmaceutiques, entré en vigueur le 1er août 1972, couvre les médicaments et les services fournis par un pharmacien sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste pourvu que ces médicaments soient inscrits sur une liste dressée par le ministre des Affaires sociales sur la recommandation du Conseil consultatif de pharmacologie. Initialement, il ne d'adressait qu'aux bénéficiaires de l'aide sociale, mais graduellement toutes les personnes de 65 ans ou plus y sont devenues admissibles. Au 31 mars 1983, le nombre de personnes âgées inscrites au fichier de la Régie était de 612 087 et 666 590 bénéficiaires de l'aide sociale étaient titulaires d'un carnet de réclamation valide. Ce programme a coûté 105 204 000 $ pour les personnes âgées et 45 149 000 $ pour les bénéficiaires de l'aide sociale au cours de l'exercice écoulé.

Depuis 1982, une série de mesures ont été adoptées afin de rationaliser le programme de médicaments et de services pharmaceutiques. La première, qui a pris effet le 1er janvier 1982 est l'établissement d'un prix plafond pour certains médicaments payés par la Régie. À la même date cette liste a été modifiée, d'une part, par le retrait de certains médicaments et, d'autre part, par la mise en place de la procédure dite du médicament d'exception. Cette dernière mesure permet à des bénéficiaires d'obtenir, si leur médecin ou leur dentiste en fait la demande, des médicaments d'exception inscrits dans la liste. Le 1er juillet 1982, certains autres médicaments pouvant être obtenus sans ordonnance étaient rayés de la liste; concurremment, la procédure dite du patient d'exception était établie. Cette mesure, qui est administrée par la Régie pour le compte du ministère des Affaires sociales, vise à fournir des médicaments qui ne sont pas inscrits sur la liste à certains bénéficiaires atteints de maladies graves ou chroniques. À défaut de pouvoir se procurer ces médicaments, les bénéficiaires devraient, à la limite, être hospitalisés. Au 31 mars 1983, la Régie avait déboursé 122 000 $ pour les médicaments d'exception, en incluant les honoraires versés aux pharmaciens, et 1 500 $ pour les patients d'exception.

Les prothèses

Le programme des prothèses, appareils orthopédiques, dispositifs ou autres équipements est entré en vigueur le 1er juillet 1975 et il s'adresse aux personnes qui sont handicapées de façon permanente. Il couvre l'achat, l'ajustement, le remplacement et la réparation des prothèses et des appareils qui sont déterminés par règlement et qui sont fournis aux conditions prescrites. Ce programme a coûté 9 099 000 $ en 1982-1983.

Au cours de l'exercice 1982-1983, une révision de la liste des prothèses et des appareils assurés a été effectuée. Une nouvelle liste a été approuvée et est entrée en vigueur le 3 avril 1983. De plus, les fauteuils roulants motorisés ont fait l'objet d'un appel d'offres, ce qui a amené la Régie à signer un contrat d'approvisionnement avec un distributeur pour la période du 4 avril 1983 au 31 mars 1984.

Le programme d'aides pour les handicapés visuels a été établi le 30 novembre 1977 à l'intention des jeunes de moins de 18 ans. Le 1er décembre 1978, tous les moins de 36 ans y sont devenus admissibles. Le 25 juillet 1979, les frais d'entretien des chiens-guides, et le 13 août 1980, la canne blanche se sont ajoutés à la couverture pour les handicapés de tous âges. Depuis le 23 septembre 1981, les personnes de 36 ans ou plus qui possèdent déjà une aide visuelle payée par la Régie peuvent continuer à bénéficier du programme. Ce dernier a coûté 218 000 $ au cours de l'exercice 1982-1983 et 904 personnes y ont participé.

Le programme d'aides pour les handicapés auditifs, entré en vigueur le 22 août 1979, s'adressait alors aux moins de 36 ans. Depuis le 2 juillet 1980, les bénéficiaires de l'aide sociale âgés de 36 ans ou plus y sont également admissibles grâce à un programme du ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu que la Régie administre. Depuis le 2 juillet 1981, toutes les autres personnes âgées de 36 ans ou plus qui possèdent déjà une aide auditive payée par la Régie peuvent continuer à bénéficier du programme. Une troisième liste d'aides auditives a de plus été dressée en novembre 1982 à la suite d'un appel d'offres qui a établi le coût moyen des appareils à 138 $; en octobre 1981, il était de 140 $ et en octobre 1982, de 139 $. Ce programme a coûté 1 391 000 $ pour l'exercice financier 1982-1983.

Le programme de prothèses mammaires externes, entré en vigueur le 1er janvier 1978, s'adresse à toutes les femmes qui ont subi une mastectomie totale ou radicale. En 1982-1983, 3 746 femmes ont bénéficié du programme qui a coûté 185 000 $.

Le programme d'appareils fournis aux stomisés permanents a été établi le 1er avril 1981. Toute personne qui a subi une colostomie, une iléostomie ou une urostomie permanente y est admissible et reçoit à ce titre 300 $ par année de la Régie. Les bénéficiaires de l'aide sociale reçoivent un supplément qui couvre la totalité des frais d'appareils et d'accessoires. En 1982-1983, ce programme a coûté 1 568 000 $ et 5 575 personnes y ont participé.

Le programme de prothèses oculaires est également entré en vigueur le 1er avril 1981. Il s'adresse à toutes les personnes qui ont subi une énucléation, une éviscération ou un recouvrement conjonctival permanent. La Régie accorde 200 $ pour une prothèse par oeil tous les cinq ans, plus 15 $ par prothèse et par an, pour les frais d'entretien. En 1982-1983, le programme a coûté 117 000 $ pour 1 106 bénéficiaires.

Les bourses d'études

En vertu de la Loi sur l'assurance-maladie, le ministre des Affaires sociales peut accorder à des étudiants en médecine et en médecine dentaire des bourses payées par la Régie. En échange, les boursiers acceptent de fournir des services assurés dans des territoires et pour une période fixés par le ministre. À la fin de l'exercice financier 1982-1983, la Régie avait versé à 80 boursiers en médecine et à 7 boursiers en médecine dentaire une somme 844 000 $.

Les bourses de recherche

Depuis l'automne 1982, le programme de bourses de recherche est administré par le Fonds de la recherche en santé du Québec. Chaque année, la Régie devra transférer au Fonds, par l'entremise du ministre des Affaires sociales, une somme pouvant représenter jusqu'à 0,4% de la rémunération versée aux professionnels de la santé pendant l'exercice financier précédent. En 1982-1983, la Régie a consacré 2 215 000 $ aux bourses de recherche, soit 0,2% de la rémunération versée aux professionnels de la santé en 1981-1982. Des renseignements additionnels à ce sujet sont publiés dans le rapport annuel du Fonds de recherche en santé du Québec.

Les primes et les mesures incitatives

Les primes d'isolement et les autres mesures incitatives introduites dans les nouvelles ententes des omnipraticiens, des spécialistes et des dentistes à l'été 1982 ont coûté la somme de 358 000 $.

Les services hospitaliers reçus hors du Québec

En 1982-1983, le programme de services hospitaliers reçus hors du Québec en vertu du régime d'assurance-hospitalisation a entraîné des déboursés de 85 253 000 $. Cette somme a été versée en partie directement aux établissements et en partie sous forme de remboursements aux bénéficiaires.

Les services hospitaliers reçus hors du Québec mais au Canada sont couverts en entier conformément aux ententes interprovinciales.

Le programme de services hospitaliers reçus hors du Canada a été modifié le 1er juillet 1982. Depuis cette date, la Régie paie uniquement, hors du Canada, les services hospitaliers qui découlent d'une situation d'urgence ou d'un accident. Un plafond a de plus été fixé à 700 $ plus 50% de l'excédent. Aucun remboursement n'est accordé dans les autres cas. Auparavant, la Régie payait la totalité des frais d'hospitalisation d'urgence, et dans les autres cas, 75% des frais.

Par contre, la Régie continue à payer en entier l'hospitalisation hors du Canada des personnes dont l'état de santé nécessite des services spécialisés qui ne peuvent être fournis au Canada. Ces personnes doivent au préalable obtenir l'autorisation de la Régie.

Depuis 1980, la Régie a versé à ce titre environ 1 450 000 $.

	1980	1981	1982
Nombre de bénéficiaires	58	70	54
Somme versée	681 305	323 717	444 193

Les remboursements de services reçus au Canada totalisaient au 31 mars 1983 la somme de 72 299 000 $ et hors du Canada la somme de 12 954 000 $.

Les services hospitaliers rendus au Québec à des résidents des autres provinces

Les services hospitaliers rendus au Québec à des résidents des autres provinces ont entraîné des déboursés de 12 678 000 $ au cours de 1982-1983.

Sommes consacrées aux programmes administrés par la Régie selon leurs principales composantes, de 1978 à 1983 (en milliers de dollars)[1].

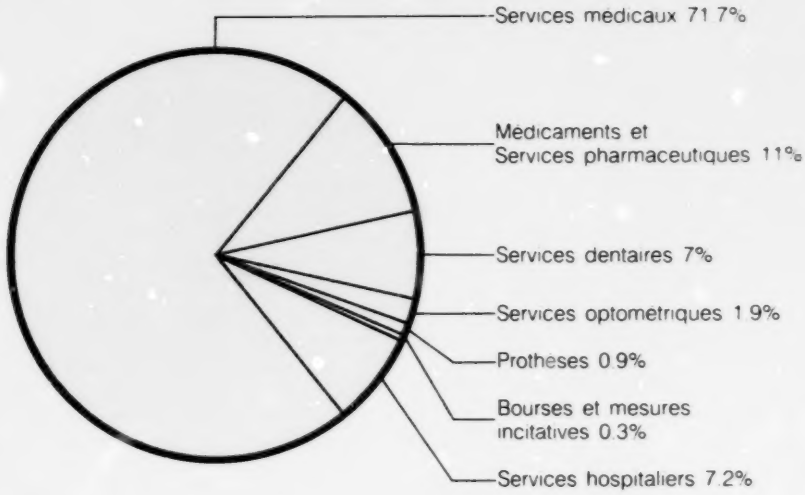
	1978-1979	1979-1980	1980-1981	1981-1982	1982-1983
Services médicaux	**685 851**	**770 366**	**880 334**	**947 451**	**970 442**
Services médicaux	**615 899**	**672 355**	**781 116**	**830 710**	**847 626**
Rémunération à l'acte	578 448	628 174	720 347	754 110	760 917
Omnipraticiens	237 394	261 166	306 749	321 016	324 296
Spécialistes	330 602	354 927	401 816	419 994	423 074
Professionnels hors Québec	7 705	8 475	7 572	8 788	8 655
Remboursements aux bénéficiaires	2 747	3 606	4 210	4 312	4 892
Rémunération à salaire et à la vacation	37 451	44 181	60 769	76 600	86 709
Salaires	19 791	22 411	31 244	38 763	44 765
Vacations	17 660	21 770	29 525	37 837	41 944
Rémunération des résidents et des internes	**17 231**	**33 653**	**36 434**	**48 517**	**51 226**
Services diagnostiques et thérapeutiques	**52 504**	**64 181**	**62 575**	**67 941**	**71 278**
Remboursements au ministère de la Justice	**217**	**177**	**209**	**283**	**312**
Services optométriques	**17 834**	**19 511**	**22 837**	**25 148**	**25 263**
Services dentaires	**48 159**	**84 564**	**106 672**	**118 955**	**94 311**
Chirurgie buccale	**2 850**	**3 226**	**3 973**	**4 461**	**1 751**
Services dentaires	**45 309**	**74 036**	**93 366**	**105 553**	**84 646**
Enfants	44 035	68 957	85 075	95 564	66 899
Bénéficiaires de l'aide sociale	1 274	5 079	8 291	9 989	17 747
Prothèses dentaires (B.A.S.)	**—**	**7 302**	**9 333**	**8 941**	**7 914**
Dentistes	—	2 106	2 810	2 753	2 230
Denturologistes	—	5 196	6 523	6 188	5 684
Médicaments et services pharmaceutiques	**94 238**	**109 518**	**131 439**	**152 593**	**150 353**
Bénéficiaires de l'aide sociale	28 402	32 655	39 301	44 526	45 149
Personnes âgées	65 836	76 863	92 138	108 067	105 204
Prothèses	**5 051**	**7 194**	**8 945**	**12 038**	**12 578**
Prothèses et appareils orthopédiques	**4 601**	**5 212**	**6 495**	**8 155**	**9 099**
Aides pour les handicapés visuels	**188**	**267**	**368**	**230**	**218**
Aides pour les handicapés auditifs (– 36 ans)	**—**	**1 490**	**1 451**	**896**	**809**
Aides pour les handicapés auditifs (B.A.S.)	**—**	**—**	**420**	**934**	**582**
Prothèses mammaires externes	**262**	**225**	**211**	**198**	**185**
Prothèses oculaires	**—**	**—**	**—**	**102**	**117**
Appareils pour stomisés permanents	**—**	**—**	**—**	**1 523**	**1 568**
Bourses, primes et mesures incitatives	**1 689**	**2 001**	**2 284**	**2 408**	**3 417**
Bourses d'études	**213**	**331**	**393**	**426**	**844**
Bourses de recherche	**1 232**	**1 517**	**1 719**	**1 860**	**2 215**
Mesures incitatives	**244[2]**	**153[2]**	**172[2]**	**122[2]**	**358**
Services hospitaliers	**48 338**	**50 861**	**63 814**	**69 517**	**97 931**
Services reçus hors du Québec	48 338	50 861	63 814	67 398	85 253
Services rendus au Québec à des résidents des autres provinces	—	—	—	2 119	12 678
Total	**901 160**	**1 044 015**	**1 216 325**	**1 328 110**	**1 354 295**

1 Le calcul du coût des programmes, à partir de l'exercice 1979-1980, englobe le coût des programmes administrés pour le compte d'autres ministères ou organismes. Les données antérieures ont été révisées en conséquence et peuvent être différentes des données publiées dans les rapports annuels précédents.

2 Montant des primes versées à des psychiatres selon un programme qui a pris fin avec l'exercice 1981-1982.

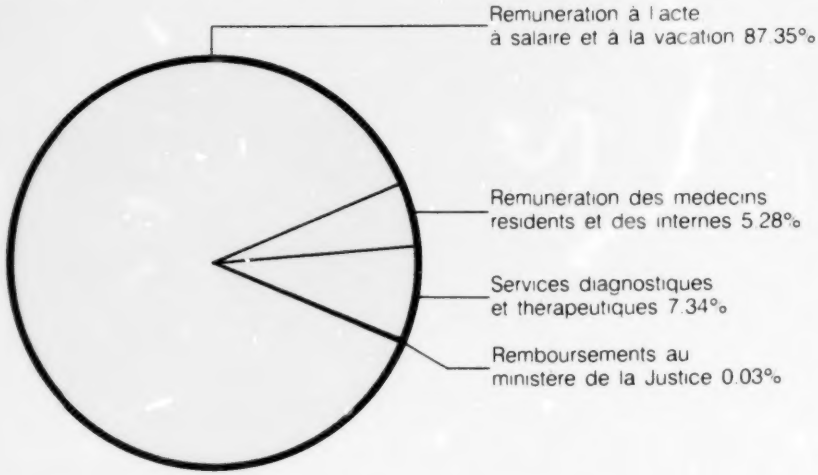
Graphique 1

Répartition du coût des programmes en 1982-1983

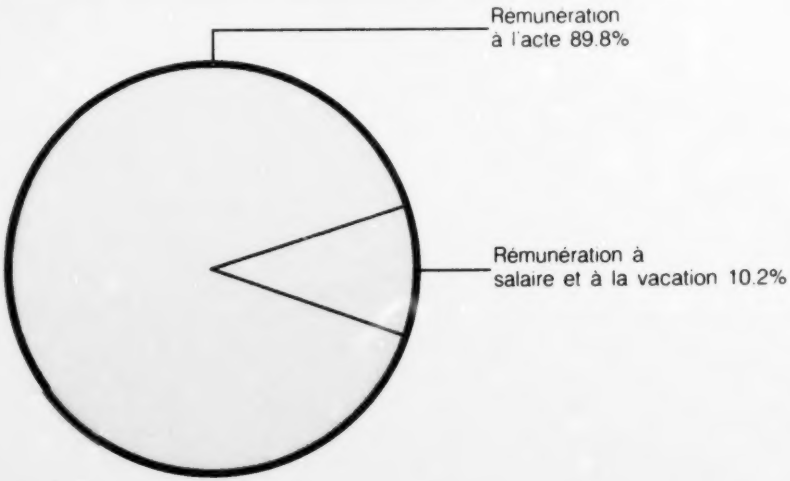


Graphique 2

Services médicaux

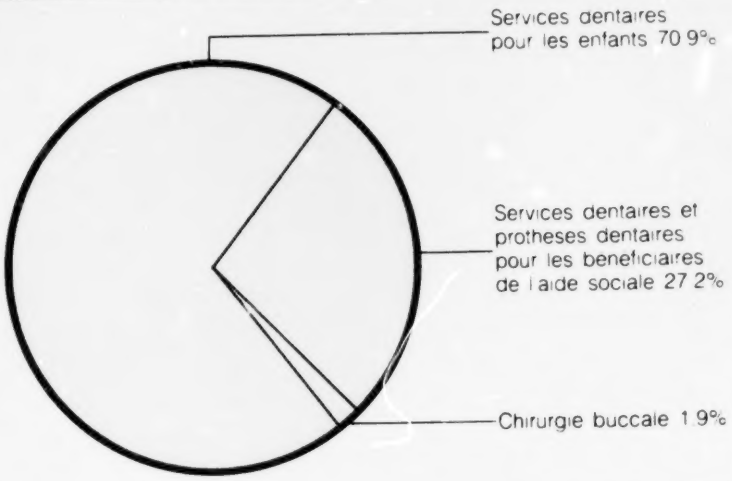


Rémunération à l'acte, à salaire et à la vacation



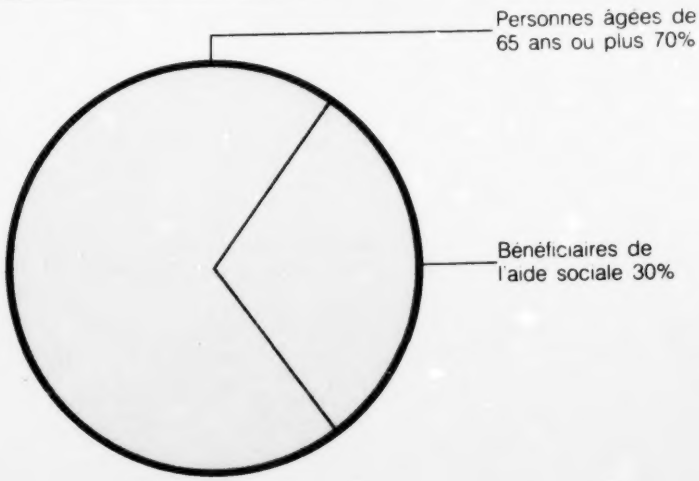
Graphique 3

Services dentaires



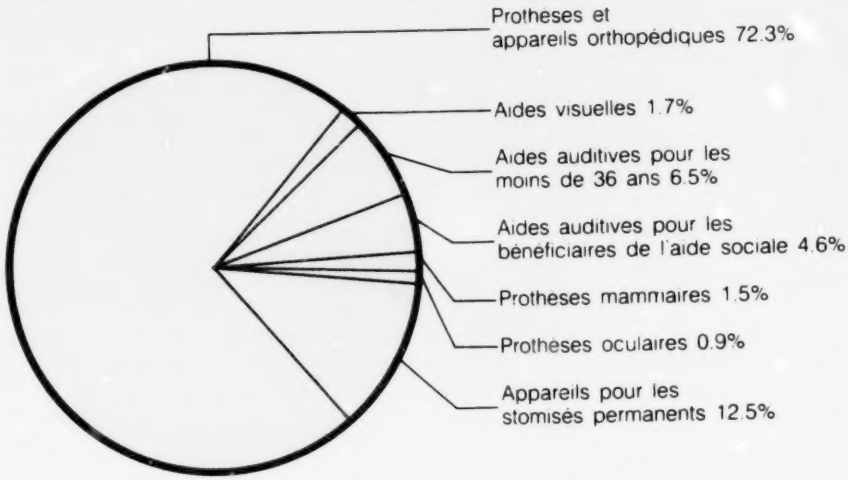
Graphique 4

Médicaments et services pharmaceutiques



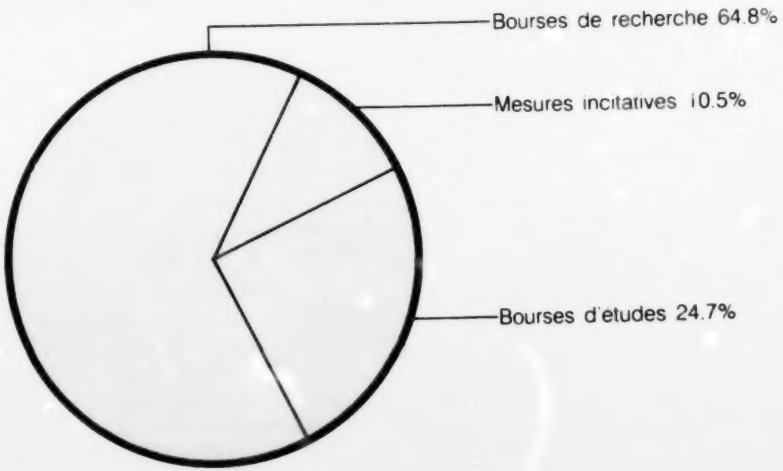
Graphique 5

Prothèses



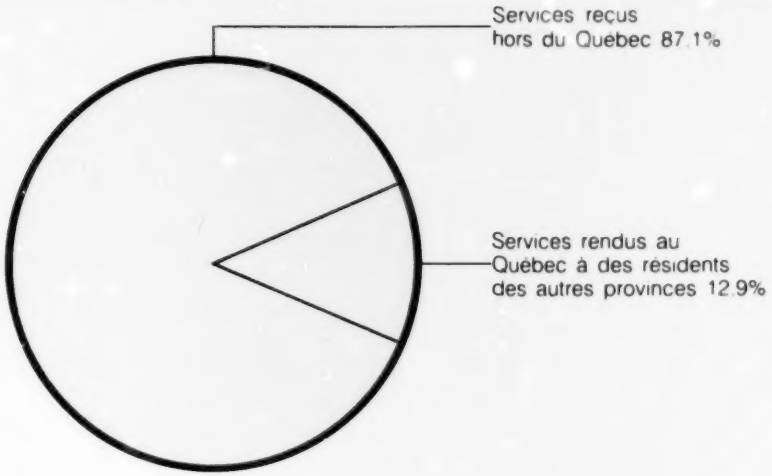
Graphique 6

Bourses et mesures incitatives

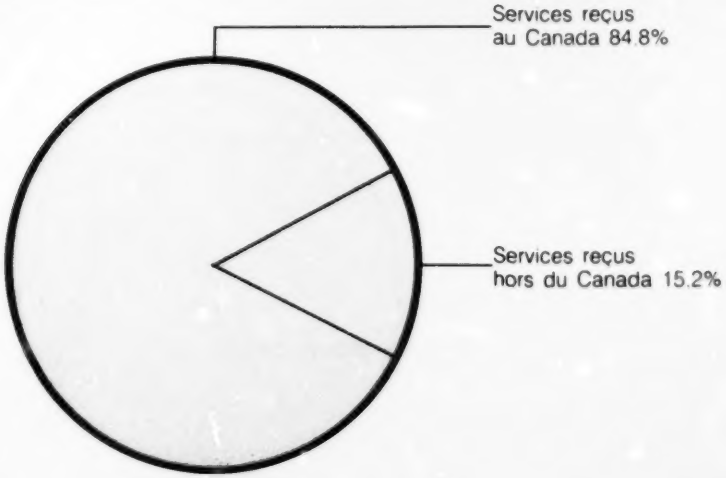


Graphique 7

Services hospitaliers



Services reçus hors du Québec



4.2 Les ententes et les accords

Le ministre des Affaires sociales, à titre de responsable de l'application de la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie et de la Loi sur l'assurance-maladie, et avec l'approbation du gouvernement, conclut des ententes avec les fédérations et les associations de professionnels de la santé. Les ententes fixent le cadre normatif de l'exercice professionnel au regard du régime, ainsi que les dispositions relatives à la rémunération des professionnels. La Régie est liée par ces ententes et doit veiller à ce qu'elles soient respectées.

D'autre part, des ministères et des organismes gouvernementaux concluent des accords avec la Régie pour la mise en œuvre de programmes dont l'administration est confiée à cette dernière par la loi ou le gouvernement selon les modalités administratives fixées par les accords.

4.2.1 Les ententes avec les professionnels de la santé

Le 19 décembre 1981, l'Assemblée nationale du Québec sanctionnait le projet de loi n° 27 qui modifiait trois lois dont la Loi sur l'assurance-maladie. Il en a résulté de très nombreux changements tant en ce qui concerne les modalités d'exercice que la rémunération des professionnels de la santé puisque la loi avait pour but, entre autres, de mieux répartir ces derniers sur le territoire du Québec par l'augmentation ou la réduction de leurs honoraires selon la région où ils sont établis.

Le 13 mai 1982, le ministre des Affaires sociales désignait par arrêté les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé, soit :

- la totalité de la région pour laquelle est institué le Conseil de la santé et des services sociaux de la région du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine ;
- la totalité de la région pour laquelle est institué le Conseil de la santé et des services sociaux de la région du Nord-Ouest ;
- la totalité de la région pour laquelle est institué le Conseil de la santé et des services sociaux de la région de la Côte-Nord ;
- la totalité de la région pour laquelle est institué le Conseil régional Kativik de la santé et des services sociaux ;
- la totalité de la région pour laquelle est institué le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James ;
- la totalité du territoire desservi par le CLSC des Grands Bois ;
- les localités de Parent, Sanmaur, Clova, Casey et Lac Cooper, toutes situées dans la région pour laquelle est institué le Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Trois-Rivières.

Le 2 juin suivant, deux décrets établissaient, pour les omnipraticiens et les spécialistes durant les premières années d'exercice de leur profession dans le cadre du régime, une rémunération égale à 70 % du tarif de base, en fonction du territoire, du lieu d'exercice et du type d'activité professionnelle.

Par ailleurs, une majoration de rémunération pour les omnipraticiens et les spécialistes a été fixée par entente à 115 % et à 120 % respectivement, pour les services assurés fournis dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé.

Il est à noter que pour les omnipraticiens, la rémunération réduite ou majorée est ramenée au tarif de base pour le calcul du plafond trimestriel.

La carte géographique et les tableaux qui suivent faciliteront la compréhension de la rémunération différenciée des médecins.

Rémunération différenciée — Omnipraticiens

	Décret n° 1292-82 Rémunération réduite		Rémunération de base[1]	Document sessionnel n° 475 Rémunération majorée	
Indicateurs de pourcentages (Régions)	03, 05, 06A	06B, 06C	02, 03, 04, 05, 07	01, 08, 09	01, 02, 04, 09, 10
Médecins omnipraticiens en exercice après le 9 juin 1982	70% du tarif de base pendant 3 ans à compter de la date de début d'exercice[2]	70% du tarif de base pour les services rendus hors établissement pendant 3 ans à compter de la date de début d'exercice[2]. Tarif de base pour les services rendus en établissement	100% du tarif de base	A compter du 9 juin 1982, le tarif de base pour la première année d'exercice et 115% du tarif de base pour l'année subséquente	A compter du 9 juin 1982, 115% du tarif de base jusqu'au renouvellement de l'entente
Médecins omnipraticiens en exercice avant le 9 juin 1982		TARIF DE BASE		A compter du 1 juillet 1982, 115% du tarif de base pendant 2 ans	A compter du 1 juillet 1982, 115% du tarif de base jusqu'au renouvellement de l'entente

1 100% du tarif de base fixé par l'entente

2 Le tarif de base est maintenu pour le médecin omnipraticien en stage de formation en médecine familiale ou en voie d'obtenir un premier certificat de spécialiste, comme pour celui qui est nommé professeur plein temps géographique, professeur de clinique à mi-temps ou plus ou professeur de recherche ou associé de recherche subventionné.

Les médecins omnipraticiens

L'entente conclue en 1976 avec la Fédération des médecins omnipraticiens a de nouveau été amendée le 21 juin 1982 par le document sessionnel n° 475 qui tient lieu d'entente et dont les principaux effets sont les suivants:

- le maintien des clauses normatives de l'entente sauf de celles qui se rapportent à la répartition géographique;
- l'augmentation des tarifs;
- le rétablissement du plafond trimestriel;
- l'instauration de mesures incitatives favorisant l'exercice de la médecine dans les régions éloignées.

Les médecins spécialistes

Le 16 juillet 1982, une nouvelle entente a été conclue avec la Fédération des médecins spécialistes en ce qui a trait aux clauses normatives; cette entente a été amendée le 4 septembre 1982 relativement aux clauses tarifaires. La dernière entente était en vigueur depuis le 1er janvier 1977. Les principaux points de l'entente sont:

- la révision des clauses normatives;
- l'augmentation des tarifs;
- l'instauration de mesures incitatives analogues à celles des médecins omnipraticiens.

Rémunération différenciée — Spécialistes

	Décret n° 1293-82 Rémunération réduite		Rémunération de base[1]	Entente du 16 juillet 1982 Rémunération majorée	
Indicateurs de pourcentages (Régions)	03 05 06A	06B 06C	02 03 04 07	01 08 09	01 02 04 09 10
Médecins spécialistes ayant obtenu un premier certificat après le 9 juin 1982	70% du tarif de base pendant 3 ans à compter de la date d'obtention du premier certificat de spécialité dans l'une des disciplines visées par le décret*	70% du tarif de base pour les services rendus hors établissement pendant 3 ans à compter de la date d'obtention du premier certificat de spécialité dans l'une des disciplines visées par le décret* Le tarif de base pour les services rendus en établissement	100% du tarif de base	À compter du 9 juin 1982 120% du tarif de base pour les deux premières années d'exercice	À compter du 9 juin 1982 120% du tarif de base jusqu'au renouvellement de l'entente
Tout médecin spécialiste ayant obtenu un premier certificat avant le 9 juin 1982		TARIF DE BASE		À compter du 1 juillet 1982 120% du tarif de base pendant 2 ans	À compter du 1 juillet 1982 120% du tarif de base jusqu'au renouvellement de l'entente

*** Disciplines visées par le décret 1293-82 en vigueur le 9 juin 1982.**

Chirurgie générale	Psychiatrie	Cardiologie	Urologie	Pneumologie
Anesthésie-réanimation	Obstétrique-gynécologie	Chirurgie orthopédique	Hématologie	Endocrinologie
Radiologie diagnostique	Médecine interne	Ophtalmologie	Neurologie	Gastro-entérologie
Pédiatrie	Anatomo-pathologie	Oto-rhino-laryngologie	Dermatologie	

1 100% du tarif de base fixé par l'entente

2 Le tarif de base est maintenu pour le médecin spécialiste nommé professeur plein temps géographique professeur de clinique à mi-temps ou plus ou professeur de recherche ou associé de recherche subventionné

Les dentistes

Deux amendements, dont l'un a pris effet le 9 août 1982 et l'autre le 1er mai 1983, ont modifié l'entente du 9 avril 1979 conclue avec l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec. Ils apportent les changements suivants :

- l'adaptation de la nomenclature à celle des services assurés du 1er août 1982 ;
- l'augmentation des tarifs ;
- l'établissement d'un plafond trimestriel ;
- l'instauration de mesures incitatives analogues à celles des médecins omnipraticiens.

Les mesures incitatives introduites dans les ententes des médecins omnipraticiens et spécialistes ainsi que des dentistes consistent plus précisément à leur verser des primes d'éloignement ou d'isolement et à leur rembourser des frais de déménagement, de déplacement avec leur famille et de ressourcement professionnel. Ces mesures s'assortissent de diverses conditions. Depuis leur instauration, elles ont donné lieu à 318 versements de primes ou remboursements de frais pour une somme de 358 000 $.

Les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale

Des négociations ont eu lieu au cours de l'exercice 1982-1983 avec l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec pour le renouvellement de l'entente du 9 avril 1979. Elles ont donné lieu à une nouvelle entente prenant effet le 1er mai 1983 et qui apporte les changements suivants :

- l'adaptation de la nomenclature des services assurés à celle du 1er août 1982 ;
- la révision des clauses normatives ;
- l'augmentation des tarifs ;
- l'instauration de plafonds annuels pour certains groupes d'actes.

Les optométristes

Une nouvelle entente conclue le 22 juillet 1982 avec l'Association professionnelle des optométristes du Québec a remplacé celle du 7 juin 1978.

Ses principaux points sont les suivants :

- la révision des clauses normatives ;
- l'augmentation des tarifs.

Les pharmaciens

Le 17 février 1983, l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires a signé une nouvelle entente qui est entrée en vigueur le 18 avril 1983 et qui remplace celle du 27 août 1980. Les principaux points de l'entente sont les suivants :

- la révision des clauses normatives ;
- l'augmentation des tarifs ;
- la réduction des honoraires après paiement de 20 000 ordonnances à une même pharmacie dans une année.

4.2.2 Les accords

La facturation réciproque

Depuis le 1er octobre 1982, la Régie paie, conformément à une entente interprovinciale, les services couverts par l'assurance-hospitalisation qui sont fournis dans les établissements du Québec à des personnes domiciliées dans d'autres provinces ou dans les territoires du Canada ; en retour, ces provinces ou territoires défraient les services fournis à des Québécois dans leurs établissements.

La province où les services sont fournis récupère ensuite de la province d'origine des patients les sommes que lui ont coûté ces services.

Les ressortissants étrangers

Les ressortissants étrangers qui travaillent au Québec pour un gouvernement autre que ceux du Canada ou du Québec peuvent bénéficier de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-maladie, à condition d'avoir signé un accord avec la Régie et acquitté une prime annuelle établie par le gouvernement. Le 1er juillet 1982, les primes relatives à cet accord ont été ajustées en fonction de l'évolution du coût de ce programme. De plus, l'accord permet maintenant aux domestiques des ressortissants et à leur famille de bénéficier de ces assurances.

Les médecins résidents et les internes

Depuis le 3 septembre 1978, la Régie administrait le programme de rémunération des médecins résidents et des internes pour le compte du ministère des Affaires sociales. Depuis avril 1982, en vertu d'un nouvel accord, c'est le ministère de l'Éducation qui lui rembourse les sommes versées aux établissements hospitaliers dans le cadre de ce programme. Le ministre des Affaires sociales demeure cependant chargé de la négociation d'une entente avec la Fédération des médecins résidents et internes du Québec.

Chapitre 5

L'administration

Les première et deuxième parties du présent chapitre font état à la fois de la gestion des ressources et de la gestion des programmes au cours de l'exercice 1982-1983. Elles mettent l'accent sur les mesures prises pour gérer avec le plus d'efficacité possible les ressources dont la Régie dispose pour administrer des programmes, des ententes et des accords dont la diversité et la complexité ne cessent de croître.

La troisième partie traite plus spécifiquement des mécanismes de contrôle des programmes.

5.1 La gestion des ressources

5.1.1 Les ressources humaines

Au 31 mars 1983, le nombre des employés de la Régie était de 1 317 réguliers et de 48 occasionnels par rapport à un effectif autorisé de 1 370 employés réguliers et de 75 années-personnes occasionnelles.

Compte tenu des besoins de la Régie et des orientations gouvernementales en matière de développement du personnel d'encadrement, un programme de relève des cadres a été mis sur pied. L'objectif de ce programme est de permettre à un groupe de professionnels, hommes et femmes, de se préparer à exercer des fonctions de cadres supérieurs, donc d'acquérir des connaissances en gestion et de développer leurs aptitudes comme administrateurs.

Le programme comporte, d'une part, des sessions de formation et, d'autre part, des activités du type gestion de la carrière, par exemple une affectation à un emploi de gestionnaire ou de chef d'équipe, ou l'intérim d'un cadre. Chaque participant élabore son programme en fonction de ses besoins avec l'aide du superviseur qu'il s'est choisi pour la durée du projet. Dix-huit professionnels ont suivi cette démarche au cours de l'exercice écoulé.

État de l'effectif régulier au 31 mars 1983*

Directions	Total	Catégorie					Hommes	Femmes
		Cadres	Ag. de maîtrise	Profes-sionnels	Fonction-naires	Ouvriers		
Direction générale	34	5	—	16	13	—	16	18
Affaires juridiques	26	2	1	12	11	—	10	16
Contrôle des programmes	81	6	2	28	45	—	43	38
Développement administratif des programmes	28	3	1	11	13	—	11	17
Directeur général adjoint — Administration des programmes	15	1	1	2	11	—	4	11
Expertise professionnelle	20	2	1	8	9	—	7	13
Services à la clientèle	197	5	13	21	158	—	70	127
Traitement des demandes de paiement	563	7	37	18	501	—	73	490
Informatique	212	12	6	74	120	—	127	85
Ressources financières et matérielles	80	3	6	12	53	6	58	22
Ressources humaines	42	4	4	10	24	—	10	32
Employés à affecter à leur retour de congé à long terme (maternité prolongée, sans traitement, etc...)	19	3	—	—	16	—	5	14
Total	**1 317**	**53**	**72**	**212**	**974**	**6**	**434**	**883**

* En fonction de la nouvelle organisation administrative approuvée le 22 mars 1983

Par ailleurs, les objectifs d'amélioration de la qualité de vie au travail et d'égalité de l'emploi pour les femmes que s'est fixés la Régie l'ont amenée à modifier sa politique à l'égard des congés pour études.

Par cette politique, la Régie se reconnaît prête à contribuer aux efforts de développement de ses employés en réservant un certain nombre de jours-personnes à utiliser en fonction d'objectifs spécifiques tels que l'égalité de l'emploi, le recyclage des employés à réaffecter, la pénurie d'employés dans certains domaines spécialisés.

Au cours de l'année 1982-1983, 20 employés, soit 13 femmes et 7 hommes, ont bénéficié de congés pour études à temps partiel avec traitement, totalisant 253 jours-personnes. Des bourses totalisant 18 321 $ ont de plus été versées à 242 employés qui désiraient se perfectionner dans un domaine connexe à leurs responsabilités à la Régie ou s'inscrivant dans leur plan de carrière, pour couvrir leurs frais de scolarité.

Le tableau suivant illustre les efforts de la Régie en matière de développement des ressources humaines au cours de l'exercice 1982-1983.

Développement des ressources humaines en 1982-1983

Répartition des jours-personnes

Par catégorie d'emploi		Par thème de développement	
Cadres et agents de maîtrise	373.5	Relève des cadres	48.0
Professionnels	800.5	Formation de gestion	271.0
Fonctionnaires et ouvriers	929.0	Expertise professionnelle	1 147.5
		Colloques	160.5
		Autres	223.0
		Congés pour études	253.0
Total	**2 103**		**2 103**

5.1.2 Les ressources matérielles

Au cours de l'exercice écoulé, la gestion des ressources matérielles a été axée principalement sur le développement de l'informatique, tant sous l'aspect de l'équipement lui-même que des méthodes susceptibles d'améliorer l'efficacité et l'efficience des opérations ainsi que sur le mobilier dont disposent les employés qui travaillent avec des écrans cathodiques.

L'équipement

L'ordinateur principal

À la fin de 1982, la Régie a remplacé son ordinateur principal afin de pouvoir satisfaire à des besoins grandissants en matière de traitement et de validation des données qui lui sont transmises par les demandes de paiement. Le nouvel ordinateur, issu de la fine pointe de la technologie, a permis, à toutes fins utiles, de doubler la puissance de traitement et la capacité de mémoire de l'ancien équipement.

Le réseau bureautique

Une recherche soutenue tout au long de l'exercice financier a débouché sur de nouvelles applications de la bureautique destinées à faciliter l'échange d'information entre différentes unités administratives. Ces résultats démontrent que la conception traditionnelle du travail de bureau est appelée à évoluer et que l'introduction de la bureautique à la Régie contribuera à améliorer la communication et la productivité.

La Régie dispose actuellement de deux mini-ordinateurs auxquels se greffent 29 écrans cathodiques et neuf imprimantes que se partagent 70 utilisateurs pour le traitement de textes, le classement électronique et la consultation des données.

Au chapitre des compléments offerts par la bureautique, il convient de signaler que le système APL a été amélioré tant du point de vue de l'équipement que des logiciels; de nouveaux instruments graphiques mieux adaptés aux besoins des utilisateurs ont été évalués et seront sous peu en usage.

Le mobilier

À la Régie comme ailleurs, l'utilisation des écrans cathodiques a amené des changements dans les habitudes de travail des employés qui y sont affectés. Afin de leur procurer le maximum de confort, et dans l'optique d'une meilleure qualité de vie au travail, la Régie a fait l'acquisition de pièces de mobilier ajustable, que différentes unités administratives se sont partagées.

5.1.3 L'évolution des systèmes informatisés et les applications

Systèmes de rémunération

Dans la ligne du plan de refonte des principaux systèmes informatiques, un nouveau système de rémunération des professionnels à salaire (R.P.S.) a été mis au point. Il permet de traiter et de valider les demandes de paiement des professionnels à salaire et, c'est là sa particularité, de transmettre au système de traitement des demandes de paiement des professionnels rémunérés à l'acte l'information nécessaire pour effectuer les différentes déductions, conformément aux ententes, et produire les chèques et les états de compte des professionnels.

Un effort important a aussi été fait au cours de l'exercice 1982-1983 pour optimiser le traitement des demandes de paiement des professionnels rémunérés à l'acte grâce à un nouveau mécanisme d'amélioration et de modification des systèmes. Ce mécanisme, qui fait appel au principe de gestion par version, a permis d'augmenter à la fois la productivité du personnel affecté à ce processus et la qualité des systèmes ainsi modifiés.

La télécommunication de l'information

Par ailleurs, des progrès ont été enregistrés en ce qui concerne le développement de la technologie de la télécommunication de l'information relative au paiement, entre la Régie et les professionnels de la santé. Au cours de l'exercice écoulé, un système a été étudié sur le plan technologique et est au stade de l'expérimentation afin de permettre par ce procédé la réception à la Régie des demandes de paiement des professionnels et le retour de leurs états de compte à la suite d'un paiement.

L'administration des données

Un nouveau concept, celui de l'administration des données, a évolué au cours de l'exercice 1982-1983; il est axé sur la mise en place d'un mécanisme de gestion des données permettant de considérer celles-ci au même titre que les autres ressources de la Régie. À une époque où il est de plus en plus question d'accès à l'information et d'échange d'information, les données qu'accumule la Régie constituent un actif important; il faut donc qu'elles soient intègres et présentées dans un langage qui en facilite la compréhension.

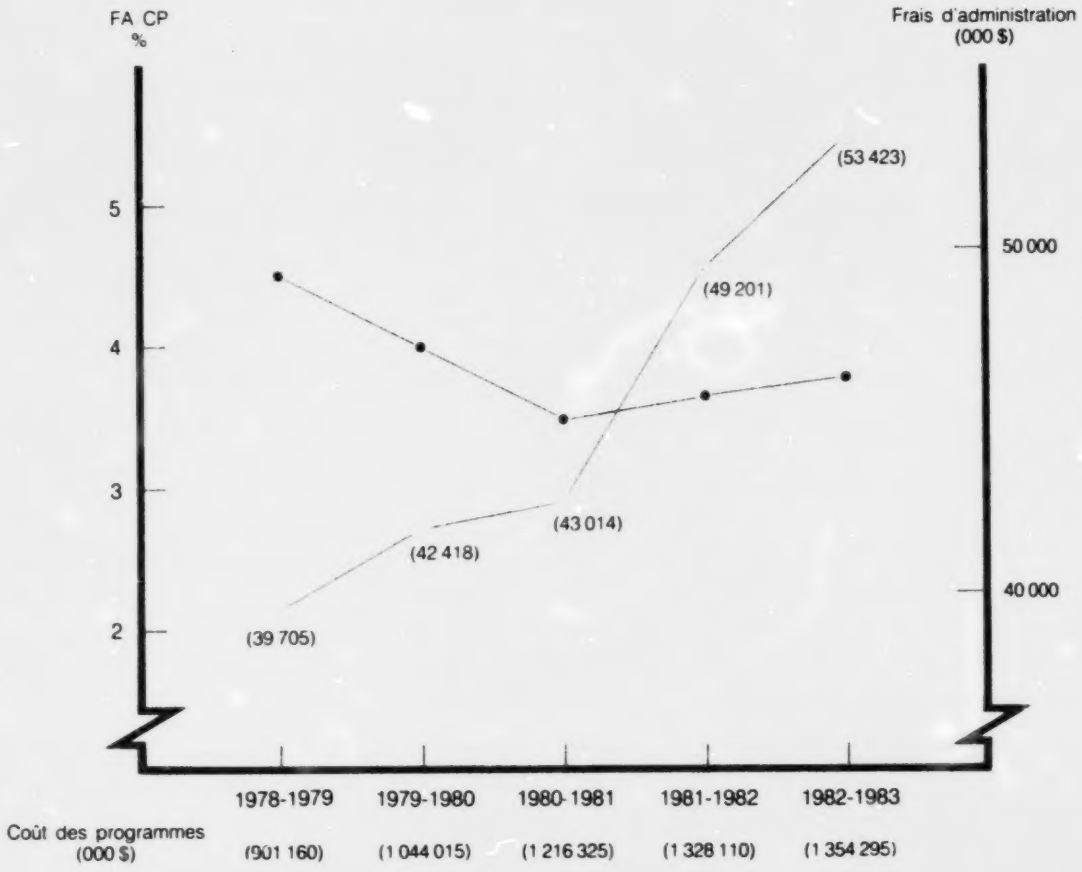
5.1.4 Les ressources financières

L'administration du régime d'assurance-maladie a engendré des frais de 53 423 000 $ au cours de l'exercice financier 1982-1983. Depuis 1978-1979, ils ont augmenté d'environ 13 718 000 $, ce qui équivaut à un taux de croissance moyenne annuelle de 7.7%. L'importante progression des frais de la Régie, en 1981-1982, est due aux ajustements apportés à la masse salariale (10.5%), à l'augmentation de la contribution de l'employeur au Fonds des services de santé, qui est passée de 1.5% à 3%, à l'augmentation des frais de poste et de téléphone, de même qu'à l'imputation aux usagers du coût des services téléphoniques offerts par le ministère des Communications au réseau gouvernemental. Bien que ces hausses se répercutent sur les années subséquentes, la Régie a pu réduire celle de l'exercice écoulé à 8.6% par la compression des dépenses pour les fournitures, les déplacements, le transport et la poste, à laquelle s'est ajoutée la diminution du traitement des fonctionnaires.

Malgré leur constante évolution, les frais d'administration se maintiennent depuis quelques années à moins de 4% du coût des programmes.

Graphique 8

Évolution des frais d'administration, de 1978-1979 à 1982-1983



5.2 La gestion des programmes

5.2.1 Les dispensateurs de services de santé

Les professionnels de la santé

Selon la Loi sur l'assurance-maladie, les professionnels de la santé, c'est-à-dire les médecins, les dentistes, les optométristes et les pharmaciens, peuvent choisir l'un des trois statuts suivants: professionnel soumis à une entente, désengagé (sauf les pharmaciens) ou non participant.

Le professionnel soumis à une entente exerce dans le cadre du régime et il est rémunéré par la Régie au tarif fixé par l'entente.

Le professionnel désengagé exerce hors du cadre du régime mais accepte d'être rémunéré au tarif fixé par l'entente. Ses honoraires sont payés à ses patients par la Régie.

Le professionnel non participant exerce hors du cadre du régime; il fixe lui-même ses honoraires qui sont entièrement à la charge du bénéficiaire.

Certains professionnels de la santé établis outre-frontières, généralement à proximité du territoire du Québec, adhèrent au régime québécois d'assurance-maladie et acceptent ainsi d'être rémunérés au tarif des ententes pour les services qu'ils fournissent à des résidents du Québec.

Au 31 mars 1983, 17 013 professionnels de la santé soumis à une entente étaient inscrits à la Régie, comparativement à 16 608 au 31 mars 1982, soit une augmentation de 2,5%. Il y a eu peu de changements chez les désengagés et les non-participants.

Les autres dispensateurs

D'autres dispensateurs fournissent des services aux bénéficiaires. Ce sont les audioprothésistes, les denturologistes, les ocularistes, les établissements et les laboratoires conventionnés de prothèses et d'appareils orthopédiques, ainsi que d'aides visuelles.

Ces dispensateurs signent avec la Régie des accords individuels les autorisant à se faire rémunérer par elle. Au 31 mars 1983, on dénombrait 895 dispensateurs de services comparativement à 861 au 31 mars 1982, l'augmentation étant surtout marquée chez les denturologistes. Ils se répartissent comme suit selon les programmes:

	1982	1983
Aides auditives		
Établissements	1	1
Audioprothésistes	91	91
Prothèses dentaires		
Denturologistes	746	777
Prothèses oculaires		
Ocularistes	3	3
Aides visuelles		
Établissements	2	2
Prothèses et orthèses		
Établissements	7	10
Laboratoires	11	11
Total	**861**	**895**

	Soumis à une entente		Désengagés		Non participants		Adhérents Hors Québec	
	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983
Omnipraticiens	6 226	6 477	3	3	11	12	460	506
Spécialistes	6 111	6 163	2	1	36	35	553	537
Dentistes	2 238	2 313	3	4	227	218	10	12
Spécialistes en chirurgie buccale	40	41	0	0	0	0	0	0
Optométristes	792	812	0	0	1	0	30	35
Pharmaciens propriétaires	1 201[1]	1 207[1]	—	—	4	4	9	9
Total	**16 608**	**17 013**	**8**	**8**	**279**	**269**	**1 062**	**1 099**

1. Pour 1 343 pharmacies

Les services aux dispensateurs

L'administration des programmes, des ententes et des accords amène la Régie à entretenir des rapports constants avec les dispensateurs de services de santé. Cela se concrétise par un volumineux échange d'information et, de la part de la Régie, par une assistance soutenue sur les plans technique et administratif.

Ainsi, les préposés aux services téléphoniques de la Régie, à Québec et à Montréal, ont répondu en moyenne à un peu plus de 4 000 demandes de renseignements par semaine. Par ailleurs, des lettres personnelles, des messages et des bulletins ayant trait aux modifications apportées aux règlements, aux ententes et accords, aux formalités administratives, etc., sont expédiés régulièrement aux dispensateurs. De plus, des séances d'information, des rencontres individuelles et des congrès permettent aux représentants de la Régie d'établir une communication plus personnelle avec les dispensateurs, de recueillir leurs commentaires et leurs suggestions et de leur fournir l'assistance dont ils ont besoin. La Régie envoie également aux professionnels de la santé une brochure résumant les statistiques annuelles des programmes qui les concernent en vue de les en tenir informés. Ces derniers reçoivent de plus un bulletin mensuel qui les renseigne entre autres sur les modifications apportées aux programmes, aux ententes et aux accords.

Sur le plan de l'efficacité, cette préoccupation constante de la Régie à l'égard de l'amélioration des services offerts aux dispensateurs l'amène à développer et à raffiner de plus en plus ses méthodes et ses procédures. Ainsi, la facturation des honoraires par supports magnétiques, procédé qui n'était accessible qu'aux pharmaciens, médecins et dentistes à la fin du précédent exercice, est maintenant offerte aux optométristes. On remarque que d'année en année, le nombre de dispensateurs qui présentent leurs demandes de paiement sur supports magnétiques augmente graduellement. Depuis le 1er novembre 1980, l'Hôpital général d'Ottawa présente ses demandes de paiement à la Régie sur supports magnétiques, pour les services médicaux et hospitaliers qu'il fournit à des Québécois.

	1980-1981	1981-1982	1982-1983
Appels téléphoniques reçus et faits à Québec et à Montréal	168 398	219 566	224 278
— Moyenne hebdomadaire	3 238	4 222	4 313
Courrier adressé aux professionnels			
— Lettres personnelles	14 476	12 931	15 129
— Messages ou bulletins			
— médecins	64	51	82
— dentistes	51	44	54
— pharmacies	34	20	13
— optométristes	23	14	6
— autres dispensateurs	47	31	32
Séances d'information	69	123	62
— Assistances	6 354	8 463	3 769
Rencontres individuelles	2 511	2 049	1 856
Congrès auxquels la Régie a participé	5	5	5

Facturation par supports magnétiques

	1980-1981	1981-1982	1982-1983
Pharmacies	553	557	600
Médecins	386	710	938
Dentistes	—	—	34
Centres hospitaliers	1	1	1

5.2.2 Les bénéficiaires

L'inscription des bénéficiaires

Conformément à la Loi sur l'assurance-maladie, toutes les personnes qui résident au Québec sont admissibles au régime. Elles doivent cependant s'inscrire à la Régie pour avoir droit aux services couverts par les divers programmes. Sont aussi bénéficiaires certains ressortissants étrangers qui séjournent au Québec, à condition qu'ils acquittent le montant d'une prime annuelle établi par le gouvernement.

La tenue du fichier exige un nombre considérable de mises à jour si l'on considère que les principaux faits relatifs à l'état civil ou au lieu de domicile doivent être signalés à la Régie. Le tableau qui suit illustre les différentes opérations qui ont été faites au fichier des bénéficiaires au cours des exercices financiers 1981-1982 et 1982-1983.

	1981-1982	1982-1983
Nouvelles inscriptions	48 140	36 715
Naissances	86 546	96 152
Changements d'adresse	596 234	1 043 087
Changements de nom	33 215	41 445
Consultations et recherche	1 368 311	1 947 343
Remplacements de cartes	316 490	360 967
Autres mises à jour	1 497 678	2 520 000
Total des opérations	**3 946 614**	**6 045 709**

La carte d'assurance-maladie

Lorsqu'une personne s'inscrit à la Régie, celle-ci lui remet une carte d'assurance-maladie valide pour une période donnée et renouvelée automatiquement à son expiration si cette personne demeure admissible au régime. De plus, elle remplace les cartes abîmées, perdues ou volées. Les cartes sont remises sur-le-champ au bénéficiaire qui se présente en personne à la Régie, ou dans un délai moyen de sept jours par la poste. En 1981-1982, la Régie en a délivré sur demande 477 655 et en 1982-1983, 518 630. Quant au renouvellement des cartes expirées, il se fait généralement un mois avant la date d'expiration. Au cours de l'exercice 1981-1982, 1 263 599 cartes d'assurance-maladie ont été renouvelées et 1 417 809 en 1982-1983.

Les services aux bénéficiaires

Le régime d'assurance-maladie s'adresse à la population entière; c'est pourquoi la Régie met tout en oeuvre pour la servir et la renseigner adéquatement. De nombreuses personnes se rendent aux bureaux de Québec et de Montréal pour s'inscrire ou obtenir de l'information. Les préposés aux services téléphoniques répondent en moyenne à 7 200 demandes d'information par semaine tandis que les correspondanciers répondent à de nombreuses demandes de renseignements. De plus, la Régie se rend dans les expositions, foires et salons importants où elle peut rejoindre un vaste public.

Par souci d'efficacité, la Régie fait aussi un effort particulier pour simplifier le plus possible les formalités administratives et, conformément aux récentes directives gouvernementales, pour individualiser les rapports entre bénéficiaires et employés. Le tableau suivant résume les principales activités de la Régie en ce qui a trait aux services aux bénéficiaires.

	1981-1982	1982-1983
Appels téléphoniques reçus		
à Québec et à Montréal	384 807	374 256
Moyenne hebdomadaire	7 400	7 200
Courrier adressé aux bénéficiaires		
Lettres personnelles	12 064	10 654
Demandes de renseignements	149 915	118 065
Manifestations auxquelles la Régie a participé	56	19
Visiteurs au stand de la Régie	7 817	5 570

A ces services, il y a lieu d'ajouter les dépliants d'information sur les programmes, que la Régie publie et met à la disposition du public entre autres dans les cabinets des professionnels de la santé et les pharmacies. Elle distribue également des dépliants aux agences de voyages afin de renseigner les Québécois sur la protection que leur offre le régime d'assurance-maladie lorsqu'ils voyagent à l'étranger.

5.2.3 Les demandes de paiement et de remboursement traitées

Une des principales fonctions de la Régie consistant à rémunérer les dispensateurs pour les services qu'ils fournissent aux bénéficiaires ou à rembourser ces derniers, le cas échéant, il va de soi que les opérations qui s'y rattachent suscitent une recherche et des efforts constants en vue d'augmenter l'efficacité des procédés administratifs et des systèmes de traitement informatique des demandes de paiement des dispensateurs et des demandes de remboursement des bénéficiaires.

Demandes de paiement des dispensateurs de services

Le nombre de demandes de paiement traitées en 1982-1983 s'élève à 53 624 000, soit une augmentation de plus de 300 000 par rapport à 1981-1982. Malgré ce volume, le délai de paiement est de 6 à 35 jours selon que les demandes sont présentées sur supports magnétiques ou sur formulaires conventionnels.

Demandes de remboursement des bénéficiaires

Le nombre de demandes de remboursement traitées en 1982-1983 s'élève à 132 000, soit une augmentation de plus de 30% par rapport à 1981-1982.

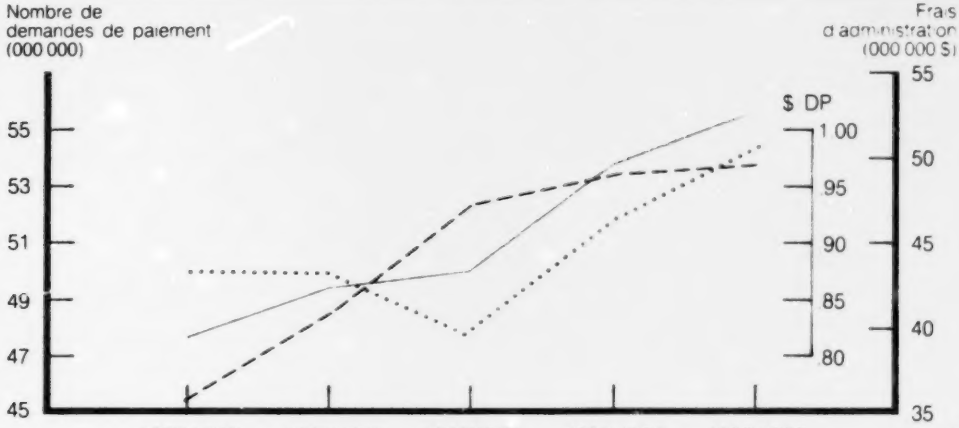
Le paiement s'effectue dans un délai de 13 à 33 jours selon le type de demande présentée.

Le graphique 9 démontre que les frais d'administration par demande de paiement se maintiennent à moins d'un dollar depuis 1978-1979.

Il est à noter d'autre part que l'effectif autorisé diminue constamment et que le nombre de demandes de paiement et de remboursement traitées par employé progresse sans cesse, comme l'indique le graphique 10; cela se traduit par une augmentation moyenne du taux de productivité égale à 10,5%.

Graphique 9

Frais d'administration par demande de paiement

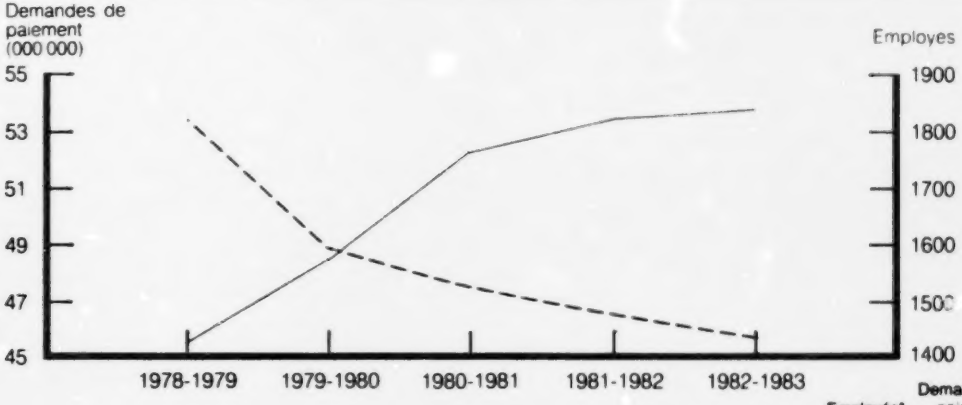


Nombre de demandes de paiement
Frais d'administration
Frais par demande de paiement

	Frais d'administration	Frais par demande de paiement
1978-1979	39 705 000 $	0,87 $
1979-1980	42 418 000 $	0,87 $
1980-1981	43 014 000 $	0,82 $
1981-1982	49 201 000 $	0,92 $
1982-1983	53 423 000 $	0,98 $

Graphique 10

Demandes de paiement traitées



Demandes de paiement
Employés

* Effectif autorisé

	Employés*	Demandes de paiement
1978-1979	1 825	45 553 000
1979-1980	1 600	48 639 000
1980-1981	1 525	52 191 000
1981-1982	1 475	53 434 000
1982-1983	1 445	53 756 000

5.3 Le contrôle des programmes

L'administration des programmes du régime d'assurance-maladie et de ceux qui sont confiés à la Régie par d'autres ministères ou organismes, dans le respect de la loi, des règlements, des ententes et des accords, nécessite un ensemble de mécanismes de contrôle portant sur l'admissibilité des bénéficiaires ainsi que sur la conformité, l'authenticité et la fréquence ou la pertinence des services payés par la Régie.

5.3.1 L'admissibilité des bénéficiaires

Selon la Loi sur l'assurance-maladie, est bénéficiaire du régime d'assurance-maladie toute personne qui réside au Québec lorsque la loi l'autorise à être ou à rester au Canada et qu'elle demeure au Québec et y est ordinairement présente, sauf si elle est un touriste, si elle est de passage au Québec ou y est un visiteur, et qui, en outre, est dûment inscrite à la Régie. Lorsqu'une personne est déclarée admissible, la Régie lui délivre une carte d'assurance-maladie valide pour une période donnée et renouvelable si la personne demeure admissible.

Cependant, une personne qui réside au Québec cesse d'être admissible au régime lorsqu'elle :

- quitte le Québec pour s'établir dans une autre province et ce, à compter du premier jour du troisième mois suivant le mois d'arrivée dans cette province ;
- conserve une résidence à l'extérieur du Québec à moins de démontrer qu'elle demeure au Québec et y est ordinairement présente pendant au moins 183 jours par année ;
- séjourne hors du Québec pendant plus de douze mois et ce, à compter du dernier jour du douzième mois suivant la date de son départ du Québec, sauf s'il s'agit d'un étudiant inscrit dans un établissement reconnu, d'un stagiaire en recherche non rémunéré, d'un fonctionnaire du gouvernement du Québec en poste à l'extérieur du Québec ou d'une personne employée par un organisme sans but lucratif ayant son siège social au Canada et travaillant à l'étranger dans le cadre d'un programme d'aide ou de coopération internationale reconnu par le ministre des Affaires sociales ;
- séjourne hors du Québec et s'y établit avant la fin du douzième mois qui suit la date de son départ du Québec.

Lorsqu'une personne désire s'inscrire à la Régie, elle doit remplir le formulaire prévu à cette fin et fournir les documents requis, c'est-à-dire un extrait de naissance, ou un certificat de citoyenneté canadienne, ou une preuve de résidence au Québec, etc. Dès qu'elle est déclarée admissible, cette personne est inscrite et une carte d'assurance-maladie lui est délivrée.

D'autre part, sont admissibles au régime d'assurance-maladie les personnes travaillant pour des organismes internationaux dans le cadre d'un programme d'aide ou de coopération internationale reconnu par le ministre des Affaires sociales.

Il en est ainsi également des ressortissants étrangers et des personnes à leur charge qui :

- séjournent au Québec dans le cadre d'un programme d'échange agréé par le gouvernement du Québec et un gouvernement étranger, grâce à une entente conclue entre le ministre des Affaires sociales et le ministre des Affaires intergouvernementales, à condition qu'ils paient une prime annuelle dont le montant est fixé par le gouvernement ;
- détiennent un certificat d'acceptation délivré par le ministre des Communautés culturelles et de l'Immigration, et qui désirent séjourner temporairement au Québec pour y travailler.

Les ressortissants étrangers inscrits à la Régie en vertu des dispositions précédentes reçoivent une carte d'assurance-maladie pour la durée de leur admissibilité au régime.

La vérification de l'admissibilité s'effectue chaque fois que le bénéficiaire demande le remboursement de la somme que lui ont coûté les services assurés qu'il a reçus au Québec ou hors du Québec. Elle s'effectue également au cours du processus de traitement des demandes de paiement présentées par les professionnels de la santé.

Dans l'un ou l'autre cas, lorsqu'une personne est déclarée non admissible et que la Régie a fait des paiements pour elle au cours de la période où elle n'était pas admissible, une étude du dossier est effectuée en vue de recouvrer de cette personne les sommes non dues.

C'est ainsi qu'au cours de l'exercice 1982-1983, 1 198 dossiers portant sur des services reçus hors du Québec ont fait l'objet d'un recouvrement. Au 31 mars 1983, une somme de 107 017 $ avait été perçue et 116 705 $ restaient à recouvrer. Par ailleurs, 4 604 cas de non-admissibilité ont été décelés à la suite du traitement des demandes de paiement et une somme de 34 378 $ a été perçue sur les 221 666 $ à recouvrer.

5.3.2 La conformité, l'authenticité et la fréquence des services

La conformité, l'authenticité et la fréquence des services dont le paiement est demandé à la Régie sont généralement vérifiées après le règlement des honoraires des professionnels de la santé et des autres dispensateurs de services.

Cependant, au cours du processus de traitement des demandes de paiement, diverses validations sont effectuées afin de vérifier la conformité des données avec les exigences de la loi, des règlements, des ententes et des accords. Elles ont trait notamment aux bénéficiaires, aux dispensateurs de services, aux services eux-mêmes et aux honoraires demandés. Elles consistent essentiellement en la traduction, dans les systèmes informatisés, des diverses dispositions de la loi, des règlements, des ententes et des accords et permettent de s'assurer que :

- les bénéficiaires sont admissibles ;
- les dispensateurs de services ont le droit d'être rémunérés ;
- les services dont le paiement est demandé sont assurés ;
- les honoraires demandés correspondent aux tarifs et aux règles d'application afférentes ;
- les services n'ont pas déjà été payés (double facturation) ;
- des honoraires n'ont pas été payés plus d'une fois pour le même service à des professionnels différents ;
- les services ne sont pas inclus dans d'autres services dont le paiement a déjà été demandé ou qui ont déjà été payés, etc.

Ces validations peuvent donner lieu à des annulations ou à des refus de paiement, ou encore à des ajustements aux honoraires demandés ou déjà payés.

Les mécanismes de contrôle qui entrent en jeu après le paiement complètent la vérification de la conformité des services et permettent en plus de s'assurer de leur authenticité et d'en observer la fréquence ou la pertinence.

Selon les résultats obtenus, diverses mesures peuvent être prises en fonction du type d'irrégularité.

La conformité

La conformité est l'adéquation entre les honoraires demandés et la nature des services dispensés. Le contrôle consiste alors en des analyses de relevés ou de profils de facturation qui peuvent être complétées par des entrevues avec les bénéficiaires ou les professionnels dont le dossier est étudié ou par des enquêtes. S'il est prouvé que les honoraires demandés ne correspondent pas à la nature des services fournis, la Régie procède à des ajustements d'honoraires par compensation ou autrement s'ils ont été payés, ou elle refuse de les payer.

Les professionnels peuvent formuler un grief qui est tranché par le conseil d'arbitrage.

La Régie peut également intenter des poursuites judiciaires, soit sommaires, soit criminelles.

L'authenticité

La vérification de l'authenticité consiste à s'assurer auprès des bénéficiaires que les services dont le paiement est demandé par un professionnel de la santé ou qui lui ont été payés ont réellement été rendus.

La Régie procède par sondages hebdomadaires et aussi par vérification des plaintes dont elle peut être saisie. En cas de déclaration de services non reçus, un nouveau sondage est fait auprès d'autres clients du professionnel de la santé et une recherche plus poussée peut mener à une entrevue avec celui-ci ou à une enquête ; parfois les deux sont nécessaires.

Si, après enquête, la Régie conclut notamment que les services payés n'ont pas été rendus, qu'ils ont été faussement décrits ou que le professionnel ne les a pas fournis lui-même, elle peut alors recouvrer les sommes payées en trop, par compensation ou autrement. Il appartient alors au professionnel de la santé de prouver devant le tribunal compétent que la décision de la Régie est

non fondée. Des poursuites judiciaires peuvent être intentées. Dans la majorité des cas, elles le sont en vertu de la Loi sur les poursuites sommaires et les amendes sont versées au Fonds consolidé du Revenu; les autres poursuites sont intentées en vertu du Code criminel. Dans ce dernier cas, si le professionnel plaide coupable ou est reconnu coupable de l'accusation portée contre lui, la Régie doit, dès que le jugement définitif est prononcé, émettre une ordonnance écrite aux termes de laquelle ce professionnel est considéré comme non participant au régime pour une période de six mois s'il s'agit d'une première infraction, ou de douze mois s'il s'agit d'une nouvelle infraction.

La fréquence ou la pertinence

Le contrôle de la fréquence ou de la pertinence permet de s'assurer que les services fournis aux bénéficiaires étaient requis au point de vue médical, optométrique, dentaire ou pharmaceutique, selon la catégorie de professionnels, et que, par conséquent, ils n'ont pas été fournis plus fréquemment que nécessaire ou dispensés de façon abusive.

Pour ce faire, la Régie constitue des profils individuels de pratique à partir des données de facturation. Ces profils comportent, entre autres, les données suivantes:

- le coût total des services rendus;
- le coût moyen par bénéficiaire;
- le nombre moyen d'actes par bénéficiaire;
- la fréquence de certains actes spécifiques;
- le coût moyen des actes;
- la répartition des bénéficiaires selon le sexe et l'âge.

Mécanismes de contrôle

Aspect	But	Forme	Mesure	Recours des professionnels
1. Conformité	Adéquation entre honoraires demandés et services dispensés	• Profils de facturation • Entrevues ou • Enquêtes auprès — des bénéficiaires — des professionnels — des deux à la fois	• Ajustement des honoraires payés • Refus de payer • Poursuites	Griefs
2. Authenticité	Confirmation de la prestation des services	• Sondages hebdomadaires • Entrevues ou enquêtes auprès — des bénéficiaires — des professionnels — des deux à la fois	• Recouvrement des honoraires payés • Refus de payer • Poursuites	Griefs ou recours devant le tribunal compétent
3. Fréquence ou pertinence	Justification des services sur le plan — médical — dentaire — optométrique — pharmaceutique	• Profils de pratique • Entrevues avec les professionnels • Transmission au Comité de révision pour avis en cas de profil irrégulier	• Recommandation du Comité de révision • Décision de la Régie	Appel devant la Commission des affaires sociales

Le profil de chaque professionnel de la santé est comparé au profil du groupe auquel il appartient, ce qui permet de l'évaluer par rapport à celui de ses confrères de même discipline exerçant essentiellement dans des conditions semblables.

En règle générale, tous les profils individuels qui s'écartent de façon importante de la moyenne observée dans les groupes témoins sont analysés.

Si on ne peut expliquer les écarts observés, une entrevue a lieu avec le professionnel en cause pour obtenir les explications nécessaires. Si les écarts ne peuvent être expliqués ni justifiés, le dossier est remis :

- au service des Enquêtes et Vérification s'il y a doute quant à la conformité ou à l'authenticité des services ;
- à la Corporation professionnelle si la qualité des services est mise en doute ;
- au Comité de révision pertinent, après vérification de l'authenticité et de la conformité des services, le cas échéant, si la Régie est d'avis que les services assurés dont le professionnel a reçu paiement n'étaient pas requis au point de vue médical, dentaire ou optométrique et que, par conséquent, ils ont été fournis plus fréquemment que nécessaire ou dispensés de façon abusive.

Le Comité de révision qui est saisi de cet avis fait une recommandation à la Régie après étude du dossier et celle-ci doit rendre une décision motivée et en informer le professionnel de la santé, sa corporation professionnelle ainsi que la fédération ou l'association dont il relève.

Si le professionnel de la santé se croit lésé, il peut interjeter appel devant la Commission des affaires sociales ; il lui appartient alors de prouver que la décision de la Régie est mal fondée, sauf si elle n'est pas conforme à la recommandation du Comité de révision, auquel cas le fardeau de la preuve incombe à la Régie.

Les tableaux suivants présentent certaines données statistiques, depuis 1978-1979, sur les recouvrements faisant suite aux enquêtes, sur les poursuites judiciaires intentées en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie et en vertu du Code criminel, sur les recommandations des comités de révision, sur les appels présentés à la Commission des affaires sociales ainsi que sur les cas transmis aux corporations professionnelles.

Recouvrements à la suite d'enquêtes (nombre et montants)

	78-79		79-80		80-81		81-82		82-83	
	N	$	N	$	N	$	N	$	N	$
Omnipraticiens	16	103 325,01	15	148 995,31	7	59 225,98	18	231 942,69	25	169 128,45
Spécialistes	9	62 899,91	8	43 635,90	43	482 329,12	12	308 443,65	31	789 791,15
Dentistes	2	6 000,00	1	3 000,00	8	28 628,95	70	111 429,63	20	62 575,58
Optométristes	1	2 933,00	11	101 854,00	9	142 190,34	10	137 257,00	8	76 366,00
Pharmaciens	9	48 000,00	2	2 500,00	2	130 353,21	4	34 211,29	12	40 668,80
Orthésistes-prothésistes					1	1 422,00			1	27 968,00
Denturologistes							105	13 295,00		
Total	**37**	**223 157,92**	**37**	**299 985,21**	**70**	**844 149,60**	**219**	**836 579,26**	**97**	**1 166 497,98**

Note : Ces recouvrements ne tiennent pas compte des sommes réellement perçues ni des jugements résultant des contestations devant les tribunaux compétents.

Poursuites judiciaires (nombre de jugements et montant des amendes)

En vertu de la Loi sur l'assurance-maladie

	78-79			79-80			80-81			81-82			82-83		
	F	D	$	F	D	$	F	D	$	F	D	$	F	D	$
Omnipraticiens	2	—	1 500	—	—	—	10	—	40 000	12	6	50 500	5	2	25 500
Spécialistes	1	—	3 000	—	—	—	2	—	20 000	2	—	6 500	1	1	11 500
Dentistes	—	—	—	1	—	3 000	1	—	8 500	—	—	—	—	—	—
Optométristes	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2 000	—	—	—
Pharmaciens	7	2	19 000	23	1	73 800	22	—	93 000	7	—	30 500	5	—	22 500
Total	**10**	**2**	**23 500**	**24**	**1**	**76 800**	**35**	**—**	**161 500**	**22**	**6**	**89 500**	**11**	**3**	**59 500**

F Jugement favorable à la Régie
D Jugement défavorable à la Régie

Poursuites judiciaires (nombre de jugements et montant des amendes)

En vertu du Code criminel

	78-79			79-80			80-81			81-82			82-83		
	F	D	$	F	D	$	F	D	$	F	D	$	F	D	$
Omnipraticiens	—	—	—	1	—	300	3	—	32 524	—	—	—	—	—	—
Spécialistes	1	—	55 000	—	—	—	—	—	—	2	—	17 000	1	—	12 000
Dentistes	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Optométristes	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pharmaciens	1	—	16 000	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	—	5 000
Orthésistes-prothésistes	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	700	—	—	—
Total	**2**	**—**	**71 000**	**1**	**—**	**300**	**3**	**—**	**32 524**	**4**	**—**	**17 700**	**3**	**—**	**17 000**

F Jugement favorable à la Régie
D Jugement défavorable à la Régie

Recommandations des comités de révision (Nombre et montants à recouvrer)

	78-79			79-80			80-81			81-82			82-83		
	F	D	$	F	D	$	F	D	$	F	D	$	F	D	$
Omnipraticiens	1	3	86 497,00	1	3	85 426,12	4	3	103 110,43	4	4	79 099,58	4	—	277 520,09
Spécialistes	2	1	13 522,60	7	1	97 032,36	2	—	54 098,10	4	4	56 712,60	6	8	118 901,79
Dentistes*							—	—	—	2	1	74 854,55	1	1	36 169,65
Optométristes**							—	—	—	5	2	116 226,90	3	1	18 610,20
Total	**3**	**4**	**100 019,60**	**8**	**4**	**182 458,48**	**6**	**3**	**157 208,53**	**15**	**11**	**326 893,63**	**14**	**10**	**451 201,73**

F Avis favorable à la Régie
D Avis défavorable à la Régie
* Dentistes : Début des activités – 16 mai 1980
** Optométristes : Début des activités – 30 avril 1980

Appels à la Commission des affaires sociales depuis 1978

	Présentés	Décisions[1]	Favorables à la Régie	Défavorables à la Régie	À l'étude[1]	Désistements
Omnipraticiens	4	6	2	4	4	
Spécialistes	3	3	1	2	5	1
Dentistes	2	—	—	—	2	—
Optométristes	2	—	—	—	2	—

1. Le nombre de décisions et de dossiers à l'étude comprend des appels présentés avant 1978

Au cours de l'exercice 1982-1983, 988 profils de médecins ont été examinés, 533 de dentistes, 70 d'optométristes et 677 de pharmaciens. Ont été retenus pour analyse plus poussée 778 profils de médecins, 420 de dentistes, 41 d'optométristes et 156 de pharmaciens. De plus, 7 cas ont été soumis au Comité de révision des omnipraticiens, 12 au Comité de révision des spécialistes, 4 au Comité de révision des dentistes et 10 au Comité de révision des optométristes.

La Régie a par ailleurs envoyé 540 699 formulaires de vérification des services rendus à des bénéficiaires pour leur demander de confirmer ou d'infirmer l'authenticité d'un ou de plusieurs services reçus d'un professionnel de la santé. Les bénéficiaires sont avisés de ne retourner ce formulaire que si la réponse est négative; le taux de retour a été de 0,2%.

D'autre part, 253 professionnels de la santé ont eu des entrevues avec des confrères de la Régie. Le service des Enquêtes et Vérification a ouvert 416 dossiers qui se sont ajoutés aux 172 dossiers en inventaire au 31 mars 1982. Sur ces 588 dossiers, 364 ont été fermés.

Dossiers soumis aux corporations professionnelles (nombre)

	78-79	79-80	80-81	81-82	82-83
Médecins	8	11	18	30	47
Dentistes	0	33	12	9	3
Optométristes	0	0	1	3	2
Pharmaciens	0	11	18	7	12
Total	**8**	**55**	**49**	**49**	**64**

RÉMUNÉRATION DIFFÉRENCIÉE DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS ET SPÉCIALISTES

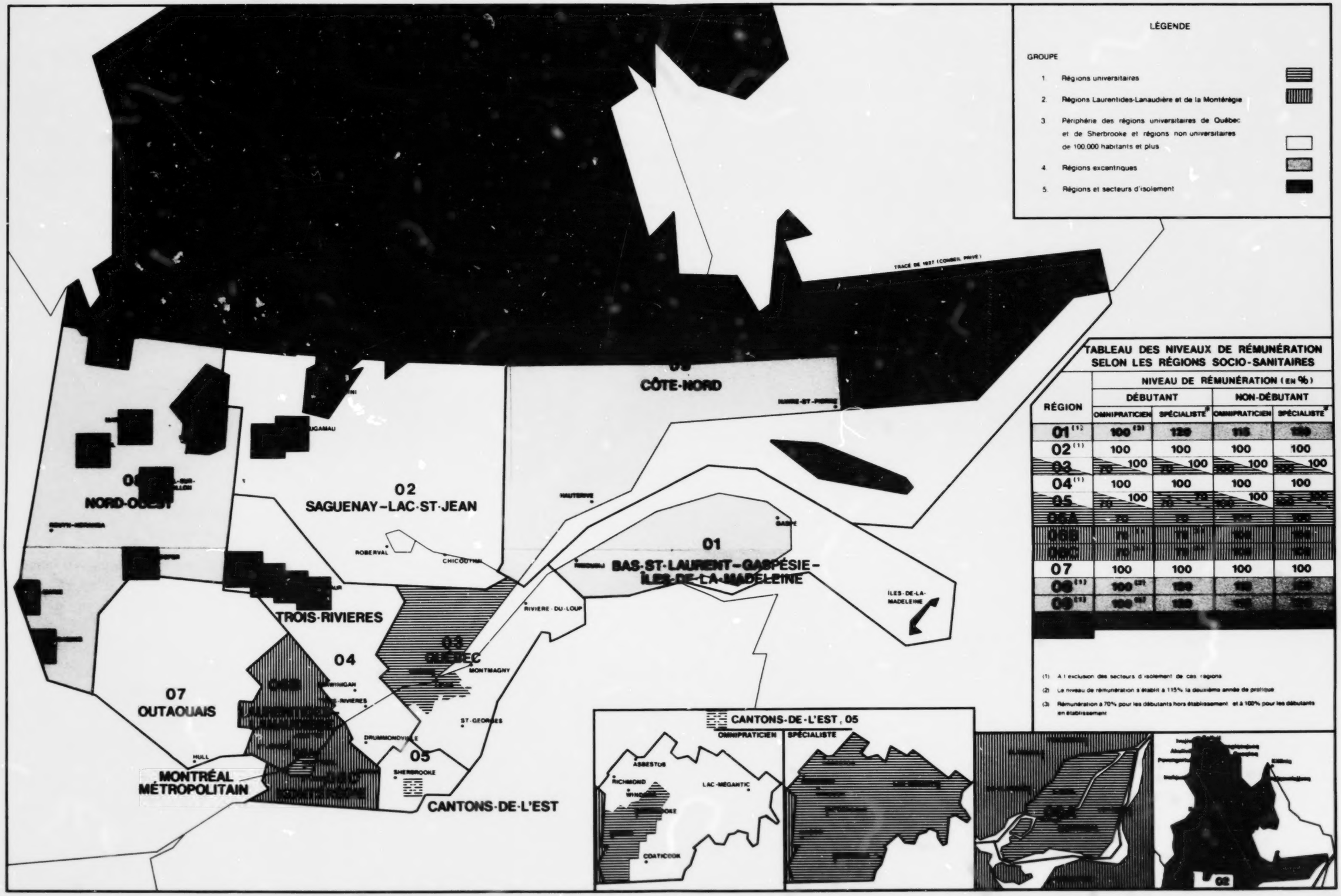


TABLEAU DES NIVEAUX DE RÉMUNÉRATION SELON LES RÉGIONS SOCIO-SANITAIRES

RÉGION	NIVEAU DE RÉMUNÉRATION (EN %)			
	DÉBUTANT		NON-DÉBUTANT	
	OMNIPRATICIEN	SPÉCIALISTE	OMNIPRATICIEN	SPÉCIALISTE
01 (1)	100 (3)	120	115	130
02 (1)	100	100	100	100
03	70 100	70 100	100	100
04 (1)	100	100	100	100
05	70 100	70	100	100
06A	70	70	100	100
06B	70 (2)	70 (2)	100	100
06C	70 (2)	70 (2)	100	100
07	100	100	100	100
08 (1)	100 (2)	100	100	100
09 (1)	100 (2)	100	100	100

(1) A l'exclusion des secteurs d'isolement de ces régions

(2) Le niveau de rémunération s'établit à 115% la deuxième année de pratique

(3) Rémunération à 70% pour les débutants hors établissement et à 100% pour les débutants en établissement